Questionnaire patient	Nom d'usage:		Prénom :		
	Nom de naissance:		Date de naissance:		
	N° de sécurité sociale:		Téléphone:		
	1	Avez-vous reçu un vaccin au cours des 2 dernières semaines ?	NON	OUI	Si OUI, un délai de 15 jours doit impérativement être respecté. Différez votre rendez-vous.
	2	Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois dernier mois ?	NON	OUI	Si OUI, vous avez une immunité naturelle dans les suites d'une infection à COVID 19. Différez votre rendez-vous afin de respecter le délai de 3 mois.
	3	Etes-vous actuellement cas contact d'une personne diagnostiquée Covid19 ?	NON	OUI	Si OUI, vous devez rester isolé et réaliser un test de dépistage. Différez votre rendez-vous.
	4	Souffrez-vous actuellement d'une infection aigüe avec fièvre ?	NON	OUI	Si OUI, consultez votre médecin traitant.
	5	Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances, médicaments ou vaccins	NON	OUI	Si OUI, consultez votre médecin traitant. Votre vaccination ne sera possible qu'en fournissant une prescription ou un bon d'éligibilité.
	6	Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être ?	NON	OUI	
	7	Allaitez vous?	NON	OUI	
8	Prenez-vous un traitement anti-coagulant ou un médicament fluidifiant le sang, ou souffrez-vous d'un trouble de la coagulation ?	NON	OUI	Si OUI, des précautions liées à l'injection intramusculaire sont à prendre. Signalez-le au professionnel de santé qui réalisera l'injection. En cas de traitement par anti vitamine K, fournissez le résultat de votre dernier contrôle d'INR.	
9	Avez-vous déjà fait un malaise lors d'une injection ou d'une prise de sang?	NON	OUI	Si OUI, signalez-le au professionnel de santé qui réalisera l'injection.	
Je confirme souhaiter être vacciné contre la COVID 19 et accepter le traitement de mes données personnelles nécessaires à l'organisation et à la traçabilité de la campagne vaccinale. <small>(pour en savoir plus : https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies)</small>				SIGNATURE (bon pour accord)	
Partie réservée au centre de vaccination	Contrôle questionnaire				
	Prise température	T° C:		Si T° > 38° C, adresser au médecin traitant	
	Nécessité de différer la vaccination (Questions 1/2/3)	NON	OUI	Si OUI: orienter le patient au secrétariat pour prise rendez-vous	
	Avis médical nécessaire (Questions 4/5/6/7)	NON	OUI	Si OUI: avis médecin du centre ou adresser au médecin traitant	
	Précaution à prendre lors de l'injection (questions 8/9)	NON	OUI	Si OUI: alertez le professionnel de santé vaccinateur	
	Nécessité d'une surveillance particulière (questions 5/9)	NON	OUI	Si OUI: surveillance 30 minutes	
	Professionnel de santé vaccinateur				
	Site d'injection:	Deltoïde: ☐ Droit ☐ Gauche	Vaccin		
		Autres:	Lot		
	Date d'injection:			Date péremption	
Heure injection:					
Heure fin surveillance:					
secrétariat					
Saisie informatique: ☐ oui ☐ non		Fiche déclaration ANSM remise: ☐ oui ☐ non			
Certificat de vaccination remis au patient: ☐ oui ☐ non		Rendez vous rappel: ☐ oui ☐ non			

IDENTIFICATION	Nom d'usage:		Prénom :	
	Nom de naissance:		Date de naissance:	
	N° de sécurité sociale:		Téléphone:	
MEDECIN			Identité du médecin	Signature
	Date:			
	Heure:			
	MOTIF AVIS MEDICAL (éligibilité vaccination ou malaise)			
	DECISION MEDICALE			
DOSSIER DE SOINS (soins secouristes, infirmiers et médicaux)	PRISE EN CHARGE MALAISE			
	Avis SAMU: ☐ OUI ☐ NON		Devenir patient: ☐ EXTERNE ☐ EVACUATION VERS L'HOPITAL	
	Heure fin prise en charge:		Déclaration ANSM: ☐ OUI ☐ NON	
	Identité secouristes:			
Identité infirmiers:				