

Questionnaire préalable à la 1^{ère} dose de vaccination

Vaccin AstraZeneca ChAdOx1-S

Date de la vaccination :

NOM :

Prénom :

Poids :

Date de naissance :

Téléphone :

Numéro de sécurité sociale :

Professionnel médico-social

Population générale

Nom de votre entreprise :

Madame, Monsieur, merci de remplir le questionnaire ci-dessous :

1. Questionnaire pré-vaccinal de recherche de contre-indication du vaccin ?

	Non	Oui	Si oui, précisez
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?			Si T° > 38°5 report de la vaccination.
Avez-vous eu un test Covid 19 positif au cours de ces 3 derniers mois ?		Date :	Si oui, vaccination possible 4 à 6 mois après le test +. Venir avec résultat du test.
Etes-vous, ou avez-vous été sujet contact d'une personne ayant eu la Covid 19 au cours des 14 derniers jours ?			Si oui, vaccination possible si test négatif. Venir avec le résultat du dernier test négatif.
Avez-vous des symptômes persistants de la Covid 19 ?			Vaccination 4 à 6 mois après fin des symptômes.
Avez-vous eu une vaccination au cours des 15 derniers jours ?			Si oui, prévoir un délai de 2 à 3 semaines entre les vaccinations.
Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave (choc anaphylactique) lors d'une précédente vaccination ou lors de la prise d'un médicament ou à la suite de la prise d'aliments ?			
Avez-vous déjà eu une prescription de seringues auto-injectable d'adrénaline ?			
Avez-vous une allergie à l'un des composants du vaccin ? Excipient : <ul style="list-style-type: none"> • L-Histidine • Chlorhydrate de L-Histidine monohydraté • Chlorure de magnésium hexahydraté • Polysorbate 80 • Ethanol 			

<ul style="list-style-type: none"> • Sucrose (synonyme : saccharose) • Chlorure de sodium • Edédate de disodium dihydraté • Eau pour préparation injectable 			
Prenez-vous des anticoagulants ou avez-vous des troubles de la coagulation ?			Venir avec vos derniers résultats INR.
Etes-vous enceinte ?			Venir avec un certificat de non contre-indication.
Allaitez-vous ?			Vaccination possible à la fin de l'allaitement

2. Questionnaire pré-vaccinal d'évaluation des comorbidités

	Non	Oui
Age supérieur à 50 ans		
Obésité (IMC >30)		
BPCO et insuffisance respiratoire, asthme sévère, apnée du sommeil		
Hypertension artérielle compliquée, antécédents d'infarctus, d'accident vasculaire cérébral		
Insuffisance cardiaque, antécédent de chirurgie cardiaque		
Diabète de type 1 et 2		
Insuffisance rénale chronique, insuffisance hépatique et cirrhose		
Cancers et maladies hématologiques actifs et de moins de 3 ans		
Antécédents de transplantation d'organe solide ou cellules souches hématopoïétiques		
Immunodépression, précisez laquelle :		
Trisomie 21		
Maladie rare et particulièrement à risque en cas d'infection (liste sur demande)		

J'ai reçu et je conserve une fiche d'information sur la vaccination anti-Covid 19 AstraZeneca qui mentionne aussi les effets indésirables possibles et ce qu'il faut faire en cas d'apparition (fiche ansm)

Je certifie que j'ai reçu, préalablement à la vaccination par le vaccin AstraZeneca (ChAdOx1-S), une information loyale, claire, appropriée et compréhensible.

Signature :