***Campagne de vaccination Covid***

***Date*** *...................................…………………………*

# **Questionnaire de pré-vaccination contre la COVID 19 – 1ère dose**

NOM : ………………………………………………………………………………… Prénom : ……………………………………………

Téléphone : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Numéro de Sécurité sociale : …………………………………………………………………………………………………………………

Date de naissance …………………………………………………………………………...…………………

**ELIGIBILITE, Vous êtes**

🞎 **Une personne de** **75 ans et + Votre âge** ……………..…………… ans

🞎 **Un professionnel de santé, pompier, auxiliaire de vie**

 Métier et lieu d’exercice : ………………………………………………………………………………………………………………………

🞎 50 ans et +

🞎 Avez-vous un /des facteurs de risques de forme de COVID grave ?

* Obésité (IMC >30) oui 🞎 non 🞎
* BPCO et insuffisance respiratoire oui 🞎 non 🞎
* Insuffisance cardiaque oui 🞎 non 🞎
* Hypertension artérielle compliquée oui 🞎 non 🞎
* Diabète type 1 ou type 2 oui 🞎 non 🞎
* Insuffisance rénale chronique oui 🞎 non 🞎
* Cancers et maladies hématologiques malignes, actifs ou de moins de 3 ans

oui 🞎 non 🞎

* Transplantation d’organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques

oui 🞎 non 🞎

* Trisomie 21 oui 🞎 non 🞎
* Une maladie dysimmunitaire oui 🞎 non 🞎

Si oui êtes-vous actuellement en poussée ? oui 🞎 non 🞎

🞎 **Une personne à très haut risque,** vous disposez d’une ordonnance : oui 🞎 non 🞎

 Quel est votre facteur de risque :

* Atteint d’un cancer et de maladies hématologiques malignes en cours de traitement par chimiothérapie
* Atteint de maladies rénales chroniques sévères, dont les patients dialysés
* Transplanté d’organes solides
* Transplanté par allogreffe de cellules souches hématopoïétiques
* Atteint de poly-pathologies chroniques, selon le critère suivant : au moins deux insuffisances d’organes
* Atteint de certaines maladies rares

Si oui, laquelle ………………………………………………………………………………………………………

* Atteints de trisomie 21.

**RECHERCHE DE CONTRE-INDICATION**

Avez-vous déjà eu une allergie ?

* au PEG ou polysorbate (cf. liste des médicaments en contenant) oui 🞎 non 🞎
* à un vaccin oui 🞎 non 🞎
* à un médicament oui 🞎 non 🞎
* à une autre substance oui 🞎 non 🞎

Si oui, s’agissait-il :

* d’un œdème de Quincke (gonflement du visage, des lèvres ou de la gorge) oui 🞎 non 🞎
* d’un état de choc anaphylactique (baisse brutale de la tension) oui 🞎 non 🞎
* d’un urticaire (éruption et démangeaisons survenus immédiatement)

 oui 🞎 non 🞎

Avez-vous besoin d’avoir de l’adrénaline sur vous (Anapen, Epipen) oui 🞎 non 🞎

Etes-vous enceinte ? oui 🞎 non 🞎

En cours d’allaitement ? oui 🞎 non 🞎

Comme traitement, prenez-vous :

* Un traitement anti coagulant (eliquis, previscan, coumadine …) oui 🞎 non 🞎

Si oui date et résultat du dernier INR : …………………………………………..……………………………….

* Un traitement anti agrégant (kardégic, plavix) oui 🞎 non 🞎
* Autre : (ordonnance)……………………………………………………………………………………….....…………………

Présentez-vous un trouble de la coagulation ou de l’hémostase sévère ? oui 🞎 non 🞎

Avez-vous reçu un vaccin dans les 2 dernières semaines ? oui 🞎 non 🞎

Avez-vous été en contact sans mesures barrière avec un cas d’infection COIVD au cours des 7 derniers jours ? oui 🞎 non 🞎

Avez-vous eu la COVID au cours des 3 derniers mois ? oui 🞎 non 🞎

Avez-vous des signes évocateurs de COVID actuellement (toux, fièvre…)? oui 🞎 non 🞎

*Fait au Havre*

*Le ……………………………………………………………. Lu et approuvé*

 *Signature*

Vaccination ce jour 🞎 Vaccination à différer 🞎

Nom du prescripteur : …………………………………………………………………………………………………………………

Nom de l’IDE : ………………………………..………………………………………………………………………………………………

Date d’injection ……………………………………………… 1ère dose 🞎 2ème dose 🞎

Numéro de lot : ………………………………………………

Voie IM, deltoïde D 🞎 ou G 🞎