***Campagne de vaccination COVID***

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

# **Questionnaire de 2ème injection vaccination contre la COVID 19**

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

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

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

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

**Vous êtes**

**🞎 Une personne de** **75 ans et +**

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

**🞎 Une personne à très haut risque,**

**SUITE A LA PREMIERE INJECTION,**

Avez-vous eu une réaction après la première injection ? oui 🞎 non 🞎

**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 COVID 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 🞎