**DEMANDE AVIS ALLERGOLOGIQUE VACCINATION ANTI-COVID**

HÔPITAL JACQUES MONOD

29 AVENUE PIERRE MENDES FRANCE 76290 MONTIVILLIERS

SERVICE DE DERMATOLOGIE, **TEL SECRÉTARIAT 02.32.73.33.28**

**A envoyer par mail** **avis.dermato@ch-havre.fr**

Date de la demande :

□ Avis pré-vaccination □ Réaction après vaccination

**Patient :**

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :

Téléphone :

Médecin Traitant :

Nom/Prénom :

Ville :

Téléphone :

Mail :

ANTECEDENT :

TRAITEMENT :

 ALLERGIES ANTERIEURES (être le plus précis possible sur la/les réaction(s) anaphylactique(s))

 REACTION AU VACCIN

 □ Pfizer □ Moderna □ Astra Zeneca □ Janssen

 □ Immédiate (<1h) □ Retardée

 DESCRIPTION REACTION / TRAITEMENT / EVOLUTION