



CPTS NORD-OUEST DE L'EURE ET LOIR

Consentement COVID

Nom d'usage : Prénom :
Nom de naissance : Date de naissance :
N° de sécurité sociale : Téléphone :
Profession : Etablissement :

QUESTIONNAIRE PREALABLE A LA VACCINATION ANTI COVID 19	OUI	NON	Commentaires <i>réservé au médecin</i>
Avez-vous reçu une vaccination contre la grippe au cours des 3 dernières semaines			
Avez-vous reçu une autre vaccination au cours des 2 dernières semaines			
Avez-vous eu une infection à COVID 19 il y a moins de 3 mois			
Etes-vous actuellement cas contact d'une personne diagnostiquée Covid19			
Souffrez-vous actuellement d'une infection aiguë avec fièvre			
Avez-vous déjà présenté une réaction allergique grave			
Etes-vous allergique à un médicament ou à un vaccin			
Prenez-vous un traitement anti-coagulant ou un médicament fluidifiant le sang, ou souffrez-vous d'un trouble de la coagulation			
Etes-vous enceinte ou pensez-vous l'être			
Y a-t-il des précisions qu'il vous paraît important de communiquer au médecin :			
Je confirme souhaiter être vacciné contre la COVID 19		Signature :	

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN			
Avis médical	Oui	Non	Commentaires
Vaccination autorisée			
Précautions lors de l'injection intra- musculaire			
Risque de malaise lors de l'injection			
Confirmation du consentement à la vaccination			
Prise de température	T° C:		
Identité du médecin : Docteur.....	date :	signature :	

PARTIE RESERVEE A L'INFIRMIER OU AU PROFESSIONNEL VACCINATEUR :

Vaccin (denomination) : COMIRNATY Pfizer Biontech N°lot :
Site d'injection : Deltoïde Droit Gauche Autre site : (préciser)
Heure d'injection :

PARTIE RESERVEE AU SECRETARIAT :

Saisie informatique oui non
Certificat de vaccination remis au patient oui non
Rendez-vous à J21 donné oui non
Fiche de déclaration des effets indésirable remise oui non