-SAINT-NAZAIRE	**COVID-19 – QUESTIONNAIRE PRE-VACCINAL pour la 1ère vaccination PFIZER**	Mairie de Saint-Nazaire

1/ Remplissez les coordonnées ci-dessous :

NOM : ..... Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Adresse de résidence :

.....

.....

.....

Code postal : I__I I__I I__I I__I I__I Commune : .....

N° de téléphone : ..... Mail : .....

N° de Sécurité Sociale : I__I I___I I___I I___I I____I I____I I___I *(15 chiffres)*

☐ 1er rendez-vous

2/ Avez-vous :

- **Une attestation d'éligibilité pour la vaccination Covid-19 fournie par votre médecin : oui ☐ non ☐**

ou

- **Une ordonnance, une prescription ou un courrier de votre médecin traitant ou de votre médecin spécialiste pour vous faire vacciner prioritairement : oui ☐ non ☐**

3/ Pour votre information :

- Merci de différer la vaccination en cas de :
  - Infection aiguë avec fièvre élevée ou de signes cliniques évocateurs de la Covid-19
  - Identification comme cas contact d'un sujet Covid-19 sur les 14 derniers jours
  - Réalisation d'un vaccin dans les 14 jours précédents
- L'allergie à l'un des composants du vaccin, la grossesse et l'allaitement sont des contre-indications à la réalisation du vaccin.
- La vaccination est possible pour les personnes immunodéprimées ou sous corticoïdes ou immunosuppresseurs mais l'efficacité du vaccin peut être moindre.
- La vaccination est possible chez les personnes souffrant d'une maladie auto-immune ou dysimmune mais devrait être décalée en cas de déséquilibre ou de poussée de la maladie en cours.
- Si vous présentez un effet secondaire au décours de la vaccination, consultez votre médecin traitant. *Vous pouvez réaliser une déclaration sur le portail des signalements disponibles sur le site : https://signalement.social-sante.gouv.fr.*

☐ Je certifie avoir été informé (ou mon représentant légal) sur le traitement de mes données et j'accepte les conditions de transmission de mes données

L'organisation, la traçabilité et le suivi de la vaccination contre la Covid-19 nécessitent la mise en œuvre d'un traitement de données dénommé « SI Vaccin COVID » par l'Assurance Maladie et la Direction Générale de la Santé. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation aux données qui vous concernent, ainsi qu'un droit d'opposition sur une partie du traitement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre Caisse d'Assurance Maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données cette caisse. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données, rendez-vous sur le site d'information ameli.fr.

Date et signature :

Vous pouvez imprimer et pré-renseigner ce document qui vous sera demandé le jour de la vaccination. Des exemplaires seront également disponibles sur les lieux de vaccination.

À COMPLETER (Le médecin vous aidera si besoin)		
RECHERCHE DE CONTRE-INDICATION MEDICALE OU DE RISQUE D'ALLERGIE	**OUI**	**NON**
Signes clinique d'infection aiguë : fièvre, rhume, toux, mal aux oreilles, diarrhée		
Injection de vaccin depuis moins de 14 jours		
Avez-vous des antécédents d'allergie grave (œdème laryngé, détresse respiratoire, choc anaphylactique) ou nécessité de port d'adrénaline sur soi		
Grossesse ou allaitement en cours		
ATCD de COVID : diagnostic documenté par un test (un dans les 3 mois)		
Signes évocateurs de COVID actuellement		
Identification comme sujet contact d'un cas de COVID au cours des 14 derniers jours ?*		
QUESTIONS ORIENTANT VERS DES PRECAUTIONS DE PRISE EN CHARGE	**OUI**	**NON**
Traitement anticoagulant ou hémophilie ou thrombopénie < 50 000 plaquettes / mm^3 Exemples : Préviscan, Coumadine, Sintrom, Xarelto, Eliquis, Pradaxa, Aspégic, Kardégic ➢ *Si oui, 3 minutes de compression par l'IDE et aiguille 25G*		
Traitement par béta-bloquants Exemples : bisoprolol, aténol, carvedilol, propranolol, sotalol….		
CONCLUSION MEDICALE – PARTIE RÉSERVÉE À L'ÉQUIPE DE VACCINATION		
NOM et PRENOM du médecin : ..... ➢ **Consentement du patient à la vaccination : oui ☐ non ☐** ➢ **DECISION MEDICALE :** ☐ Vaccination ce jour ☐ Vaccination à différer, préciser quand : **DUREE DE LA SURVEILLANCE POST VACCINALE NECESSAIRE ☐15 min ☐60 min** **Signature du médecin :**		

REALISATION DE LA VACCINATION PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE :	
Date de la vaccination : I___I / I___I / 2021 Heure de la vaccination : I___I H I___I Voie IM. Site d'injection : ☐ Deltoïde DROIT ☐ Deltoïde GAUCHE **NOM et signature du vaccinateur :** **N° RPPS / ADELI vaccinateur : ……**	**Coller l'étiquette du vaccin** mentionnant : - le N° de lot, - la date et l'heure de préparation - la date et l'heure de péremption.