

DEMANDE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Cette vaccination peut engendrer des réactions locales (douleurs, rougeurs...) ou des réactions générales (fièvre, fatigue, céphalées, douleurs musculaires et articulaires).

Ces réactions sont les plus souvent bénignes et disparaissent spontanément.

En cas de terrain à risque, quelques cas rares d'allergie type anaphylaxie ont été décrits.

2 cas de paralysie faciale déclarés.

Je déclare et donne mon accord pour la pratique du vaccin.

Je reconnais avoir eu connaissance des bénéfices et risques liés à la vaccination : OUI NON

Je donne mon accord pour être vacciné : OUI NON

Date et signature :

DATE DE LA VACCINATION : | 2 | 0 | 2 | 1

MEDECIN

ATCD infection SARS-CoV-2 (résultats PCR, test antigénique ou sérologie positifs) : OUI NON

Si OUI, date résultats positifs :

FEU VERT vaccination :

OUI, absence de contre-indication

NON, infection SARS-CoV-2 < 3 mois

→ **Nouveau RDV de vaccination** dans un délai proche de 6 mois après l'infection au SARS-CoV-2

Côté à vacciner : Bras droit Bras gauche

Autres observations :

Rappel recommandé :

Pas d'infection connue au SARS-CoV-2

Immunosuppression avérée. *Délai 3-6 mois à respecter après infection SARS-CoV-2*

Personne âgée en institution. *Délai 3 mois à respecter après infection SARS-CoV-2*

Rappel NON recommandé pour une personne immunocompétente avec antériorité infection SARS-CoV-2

SUIVI INFIRMIER

Bras injecté : Droit Gauche Heure :

TA avant injection :

TA après 15 min :

Effets indésirables : NON OUI :

Etiquette n° lot vaccin

Heure de départ du Centre de vaccination :

Consignes de surveillance remises