sarreguemines

QUESTIONNAIRE MEDICAL
RAPPEL VACCINATION ANTI-COVID 19

NOM : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ❑❑ ❑❑ ❑❑❑❑ Sexe : ❑M ❑F

N° Sécurité Sociale : ❑ ❑❑ ❑❑ ❑❑ ❑❑❑ ❑❑❑ ❑❑

Température à l'arrivée :

INFECTION COVID APRES PREMIERE VACCINATION

Avez-vous présenté une infection Covid 19 (SARS-CoV-2) depuis la dernière vaccination ? ❑NON

❑OUI ➔ **Se prémunir de la preuve du résultat positif** ***(PCR, test antigénique, sérologie)***

EFFETS INDESIRABLES APRES PREMIERE VACCINATION

Effets indésirables **au point d'injection :**

❑NON ou symptômes banals

❑OUI, effets indésirables anormaux :

- ❑*Rougeur importante*
- ❑*Gonflement important*
- ❑*Douleurs importantes au point d'injection*
- ❑*Autre :* .....

Effets indésirables **généraux :**

❑NON ou symptômes banals

❑OUI, effets indésirables anormaux :

- ❑*Fièvre et/ou frissons et/ou fatigue anormale et/ou maux de tête et/ou douleurs musculaires et articulaires importants*
- ❑*Tachycardie (battements cardiaques anormalement accélérés)*
- ❑*Réaction allergique généralisée*
- ❑*Autre :* .....

Avez-vous fait le signalement à un médecin ?

❑NON

❑OUI :

- ❑*SAMU (15)*
- ❑*CRPV de Nancy : N° de téléphone au dos du carton de vaccination*
- ❑*Médecin traitant*

Que vous a préconisé le médecin ? .....

DATE DU RAPPEL : ☐☐ ☐☐ 2021

MEDECIN

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

Si OUI, date résultats positifs : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

FEU VERT rappel vaccination :

❑ **OUI,** absence de contre-indication et rappel recommandé :

- ❑ Pas d'infection connue au SARS-CoV-2, ni infection SARS-CoV-2 < 3 mois
- ❑ Immunosuppression avérée. *Délai 3-6 mois respecté après infection SARS-CoV-2*
- ❑ Personne âgée en institution. *Délai 3 mois respecté après infection SARS-CoV-2*

❑ **NON** : personne immunocompétente avec antériorité infection SARS-CoV-2

Côté à vacciner : ❑ Bras droit ❑ Bras gauche

Autres observations :

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