Centre de Vaccination de Vitrolles - CPTS Initiatives Santé

QUESTIONNAIRE PRÉ VACCINAL

L'objectif de ce questionnaire est de rechercher des contre-indications à la vaccination, merci d'y répondre en toute sincérité.

NOM	N° de Sécurité Sociale
Prénom	Date de naissance

Je viens aujourd'hui pour :

1ère injection ❒	2ème injection ❒	3ème injection ❒

Je coche la réponse adaptée :

Présentez-vous des troubles de la coagulation ou un traitement anticoagulant ? Si oui lequel :	OUI	NON
Avez-vous un traitement par immunosuppresseur ou chimiothérapie en cours ? Si oui lequel :	OUI	NON
Êtes- vous allergique à un vaccin ou à un médicament ? Si oui lequel :	OUI	NON
Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des deux dernières semaines ? Si oui lequel :	OUI	NON
Avez-vous un projet de grossesse, êtes-vous enceinte ? Si oui date de début de grossesse :	OUI	NON
Avez-vous déjà eu la Covid 19 ? Si oui date du test positif :	OUI	NON
Depuis ces 14 jours, avez-vous été en contact avec une personne covid 19+? Aujourd'hui avez-vous de la fièvre ou d'autres symptômes ?	OUI	NON
S'il s'agit de la 2ème dose, avez-vous présenté des réactions importantes à la 1ère dose ?	OUI	NON
1ère injection du vaccin anti-covid : lequel ? PFIZER ❒ ASTRA ZENECA ❒	Date :	

Réservé au professionnel de santé :

Date de l'injection		Heure d'injection	
Durée de surveillance		15 mn ❒	30 mn ❒

Coller l'étiquette du lot ici

SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR

Votre certificat de vaccination avec QR code est disponible sur attestation-vaccin.ameli.fr

Centre de Vaccination de Vitrolles, Salle Guy Obino, rue Roumanille, 13127 Vitrolles

Prise de RDV sur https://www.doctolib.fr/vaccination-covid-19/vitrolles