**QUESTIONNAIRE** **VACCINATION**

|  |
| --- |
| Les vaccins à ARN messager du laboratoire BioNTech-Pfizer (Comirnaty) ou Moderna (Spikevax) sont autorisés pour être administrés à des mineurs de 12 ans et plus.  Version du 26 mars 2021  Le vaccin est administré par voie intramusculaire dans l’épaule. La vaccination complète s’effectue suivant un schéma vaccinal en 2 doses espacées d’au moins 21 jours  Des personnels de santé seront à la disposition de votre enfant pour répondre à ses questions et se faire préciser si besoin des points du questionnaire. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partie à remplir par l’enfant ou l’adolescent (conjointement avec un parent si nécessaire)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **NOM de l’enfant** : **Prénom** **de l’enfant** : | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date de naissance** **de l’enfant** (JJ/MM/AAAA) : | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Numéros de sécurité sociale** (13 chiffres)[[1]](#footnote-1) :  **Enfant (s’il en dispose) :** [ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ]  **Parent 1 :** [ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ] **Parent 2 :** [ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ ] | | | | | | | | | | | | | | | |
| A-t-il/elle eu un test **positif** à la covid-19 au cours des **3 derniers mois** ? | | | | | | | | | | | | | |  **Oui**  Non | |
| A-t-il/elle eu un test **positif** à la covid-19 il y a **plus de 3 mois** ? | | | | | | | | | | | | | |  **Oui**  Non | |
| A-t-il/elle été hospitalisé(e) pour des complications secondaires à un épisode de covid-19 notamment pour un syndrome inflammatoire multi systémique pédiatrique (PIMS) ? | | | | | | | | | | | | | |  **Oui**  Non | |
| A-t-il/elle des antécédents d’allergie ou d’hypersensibilité à certaines substances ou avec d’autres vaccins ? | | | | | | | | | | | | | |  **Oui**  Non | |
| Prend-il/elle un traitement anticoagulant ? | | | | (Eliquis\* Pradaxa\* Xarelto\*)  (Coumadine\* Previscan\* Sintrom\* Minisintrom\*)  (Apegmone\* Marcoumar\* Pindione\* Warfarin\*) | | | | | | | | | |  **Oui**  Non | |
| Est-il/elle sévèrement immunodéprimé(e) (transplanté(e) d’organes solides, transplanté(e) récent de moelle osseuse, dialysé(e), atteint(e) d’une maladie auto-immune sous traitement immunosuppresseur fort ? | | | | | | | | | | | | | |  **Oui**  Non | |
| A-t-il/elle déjà reçu une dose de vaccin anti covid-19 avant aujourd’hui ? | | | | | | | | | | | | | |  **Oui**  Non | |
| A-t-il/elle reçu un vaccin au cours des dernières trois semaines  Si oui lequel : : ………………………. | | | | | | | | | | | | | |  **Oui**  Non | |
| A-t-il/elle de la fièvre ? | | | | | | | | | | |  **Oui**  Non | | | | |
| S’il s’agit d’une fille, est-elle enceinte ? | | | | | | | | | | |  **Oui**  Non | | | | |
| Allaite-t-elle ? | | | | | | | | | | |  **Oui**  Non | | | | |
| **Accord du patient**  **et d’au moins un parent pour les moins de 16 ans**  **Signature(s)** | | | **Le \_ \_ / \_ \_ / 2021** | | | | | | | | | | | | | |
| **Partie réservée au « vaccinateur »** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Le numéro de lot est : | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | Initiales du « vaccinateur » : | | | | | |  |
| L’injection a été réalisée dans le bras : | | | | |  **Gauche**  **Droit** | | | | | à \_\_\_\_H\_\_\_\_\_min. | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | 2 |  | | |
| **Visa du**  **Prescripteur** |  | | | | | **Schéma**  **Vaccinal** | 1 injection   **2 injections**   3 injections | | | | |  | **Saisie**  **Informatique VACCIN COVID** | | |

1. Le même numéro de sécurité sociale doit être utilisé pour les deux injections. [↑](#footnote-ref-1)