**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 2021Le 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 joursDes 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)