

CAMPAGNE DE VACCINATION COVID
Centre de vaccination départemental de Jouy Le Moutier

Merci de ne remplir que les parties grisées

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone des parents (joignables pendant la vaccination) :

Adresse email des parents :

Numéro de Sécurité Sociale parent 1

Numéro de Sécurité Sociale parent 2

J'ai pris note des informations en matière de protection des données (document à disposition sur le site) et je demande à être vacciné

<u>Date et signature du représentant légal</u>/...../ 2021	<u>Date et signature du mineur</u>/...../ 2021
---	---

Avez-vous des informations médicales à porter à la connaissance du médecin ? Si oui lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

En cas d'allergie, merci d'être le plus précis possible (nature de l'allergie, signes cliniques, hospitalisation...)

Pour une première injection, remplir le questionnaire suivant :

QUESTIONNAIRE MEDICAL :	OUI	NON
Avez-vous été malade de la COVID-19 ou avez-vous eu un test positif ? <u>Joindre le résultat</u>		
Avez-vous été en contact depuis moins de 7 jours avec un malade atteint de COVID-19 ?		
Avez-vous reçu une vaccination dans les 2 dernières semaines ?		
Etes-vous allergique ?		
Souffrez-vous en ce moment d'une infection ou avez-vous eu de la fièvre ?		
Etes-vous sous anticoagulants ou présentez-vous un trouble de la coagulation ?		
Etes-vous enceinte ou allaitante ?		
Etes-vous immunodéprimé(e) ou sous traitement immunosuppresseur ?		
Etes-vous atteint(e) d'un cancer ?		

Si un OUI coché, merci de préciser le motif sur la page précédente dans le pavé "informations médicales"

Pour une deuxième injection, remplir le questionnaire suivant :

Date 1ère injection: Nom du vaccin:

Joindre l'attestation de la première vaccination

QUESTIONNAIRE MEDICAL :	OUI	NON
Avez-vous fait un test de dépistage Covid depuis la première injection ? <u>Joindre le résultat</u>		
Avez-vous eu une réaction suite à la première injection (hors douleur au point d'injection) ?		
Avez-vous été en contact depuis moins de 7 jours avec un malade atteint de COVID-19 ?		
Avez-vous reçu une vaccination dans les 2 dernières semaines ?		
Etes-vous allergique ?		
Souffrez-vous en ce moment d'une infection ou avez-vous eu de la fièvre ?		
Etes-vous sous anticoagulants ou présentez-vous un trouble de la coagulation ?		
Etes-vous enceinte ou allaitante ?		
Etes-vous immunodéprimé(e) ou sous traitement immunosuppresseur ?		
Etes-vous atteint(e) d'un cancer ?		

Si un OUI coché, merci de préciser le motif sur la page précédente dans le pavé "informations médicales"

PA = / FC = / min SpO₂ = % Température = °C

Initiales de l'orienteur :

Si OUI, avis médical :

.....

Signature du médecin

- Contre-indication
- Injection unique
- Prévoir une troisième injection
- Surveillance 30 minutes

Vaccin :

N° lot :

Tampon SP ou ISP

Fait le : à h

Bras gauche

Bras droit

Infirmier(ère) ou SP vaccinateur :

TSVP