

Questionnaire de pré-vaccination contre la COVID-19

NOM :

Prénom :

Numéro de sécurité sociale :

Age :

	OUI	NON
<p>Êtes-vous cas contact avec une personne COVID avéré <u>dans les 7 derniers jours</u> (contact sans les mesures de distanciation sociale) et/ou avez-vous <u>actuellement</u> des signes pouvant évoquer la COVID ?</p> <p>Si oui : merci de vous isoler immédiatement et de suivre les recommandations de test concernant la population générale.</p>		
<p>Avez-vous fait la maladie COVID avec des symptômes ? Si oui, merci de préciser la date de la PCR ou du test antigénique positif (< ou > 3 mois) :</p>		
<p>Avez-vous des facteurs de risque de forme grave de COVID ? <i>Si oui merci de préciser le(s)quel(s)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Obésité (IMC > 30) <input type="checkbox"/> BPCO et/ou insuffisance respiratoire <input type="checkbox"/> hypertension artérielle compliquée <input type="checkbox"/> insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/> cancers et maladies hématologiques malignes actifs ou < 3 ans <input type="checkbox"/> transplantation d'organes ou de cellules souches hématopoïétiques <input type="checkbox"/> traitement immunosuppresseur, si oui le(s)quel(s) _____ <input type="checkbox"/> Autre _____ 		
<p>Avez-vous déjà fait une allergie grave ? Si oui, merci de préciser</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke (contre-indication), préciser l'allergène _____ <input type="checkbox"/> choc anaphylactique (contre-indication), préciser l'allergène _____ <input type="checkbox"/> urticaire (éruption et démangeaisons immédiates), préciser l'allergène _____ <input type="checkbox"/> prescription d'un stylo auto injectable d'adrénaline pour : _____ 		
<p>Si vous êtes une femme : êtes-vous enceinte ? (contre-indication)</p>		
<p>Avez-vous une maladie de l'hémostase ou prenez-vous un traitement anticoagulant ? <input type="checkbox"/> Si oui : merci de préciser la maladie et/ou les médicaments (compression 2min suite IM)</p>		
<p>Avez-vous reçu un vaccin dans les 2 dernières semaines ? (contre-indication)</p>		
<p>Je m'oppose au traitement informatique des données administratives concernant la vaccination COVID</p>		

Fait à
le

Signature du patient

Signature médecin traitant