

Questionnaire préalable à la vaccination contre la Covid-19 pour les personnes mineures et suivi des injections

Centre de vaccination :

-
- 1
- ^{ère}
- injection
-
-
- 2
- ^{ème}
- injection
-
-
- 3
- ^{ème}
- injection

Vos coordonnées

NOM : _____

Prénom : _____ Téléphone : _____

Mail : _____

Date de naissance : _____ Numéro de sécurité sociale du parent : _____

En cas de réaction anormale (ou d'effet indésirable), contacter votre médecin ou faire une déclaration en ligne sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables : <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

Questionnaire préalable à la vaccination anti-covid 19		OUI	NON
1	Consentement libre et éclairé de l'adolescent		
2	Autorisation parentale d'un parent sur formulaire spécifique pour les mineurs de moins de 16 ans.		
3	Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des 2 derniers mois (sur présentation du résultat biologique) ?		
4	Si oui, avez-vous fait un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique ?		
5	Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ? Êtes-vous sous chimiothérapie ou traitement immunosuppresseur ?		
6	Avez-vous été en contact à risque avec un cas confirmé de Covid dans les 7 derniers jours (sans mesure de protection) ?		
7	Avez-vous des antécédents de réaction allergique grave de type anaphylactique ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ?		
8	Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ?		
9	Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes) ou traitement anticoagulant ?		
10	Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?		

Une réponse « oui » aux questions 3 à 9 peut contre-indiquer la vaccination et nécessite l'avis médical du médecin du centre de vaccination.

CADRE RESERVÉ

Vaccin utilisé : PFIZER-BioNTech (BNT162b2)

Lot n° : _____

Date et heure de péremption : _____

(= 1 mois à compter de la date et de l'heure indiquées par le grossiste sur la boîte de livraison en centre)

Vaccinateur

Nom : _____ Signature : _____

Injection

 Date et heure : _____ Deltoïde G Deltoïde D Effets indésirables signalés et date : _____

À l'issue des 15 minutes de surveillance post-vaccinale, le médecin du centre de vaccination autorise la sortie du vacciné

Nom et prénom du médecin : _____

Date : _____

Signature du médecin : _____