

**PFIZER-BIONTECH COVID-19**     **MODERNA COVID-19**     **VAXZEVRIA COVID-19**     **JANSSEN**

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ lieu de naissance \_\_\_\_\_

Résidence \_\_\_\_\_ téléphone \_\_\_\_\_

Carte d'assurance maladie (si présente) n. \_\_\_\_\_

J'ai lu, on m'a expliqué dans une langue connue et j'ai bien compris la note d'information rédigée par l'Agence italienne du médicament (AIFA) du vaccin susmentionné.

J'ai signalé au médecin les maladies, actuelles et/ou antérieures, et les thérapies en cours.

J'ai eu l'occasion de poser des questions sur le vaccin et mon état de santé; j'ai obtenu des réponses complètes et j'ai compris.

J'ai été correctement informé/e avec des mots qui étaient clairs pour moi. J'ai compris les avantages et les risques de la vaccination, les modalités de traitement et les alternatives, ainsi que les conséquences d'un refus ou d'un refus de compléter la vaccination par la deuxième dose, si prévue.

Je suis conscient/e qu'en cas d'effets secondaires, il sera de ma responsabilité d'informer immédiatement mon médecin traitant et de suivre ses instructions.

J'accepte de rester dans la salle d'attente pendant au moins 15 minutes après l'administration du vaccin afin de m'assurer qu'aucune réaction indésirable immédiate ne survient.

**J'ACCEPTÉ ET AUTORISE** l'administration de la vaccination à l'aide du vaccin ci-dessus

Date et lieu \_\_\_\_\_

Signature de la personne recevant le vaccin ou de son représentant légal \_\_\_\_\_

**Je REFUSE** l'administration du vaccin ci-dessus

Date et lieu \_\_\_\_\_

Signature de la personne refusant le vaccin ou de son représentant légal \_\_\_\_\_

## LE PERSONNEL DE SANTÉ QUI A EFFECTUÉ LA VACCINATION

1. Prénom et nom \_\_\_\_\_

Rôle \_\_\_\_\_

Je confirme que la personne vaccinée a donné son consentement à la vaccination après avoir été correctement informée.

Signature \_\_\_\_\_

2. Prénom et nom \_\_\_\_\_

Rôle \_\_\_\_\_

Je confirme que la personne vaccinée a donné son consentement à la vaccination après avoir été correctement informée..

Signature \_\_\_\_\_

***La présence d'un second professionnel de santé n'est pas indispensable en cas de vaccination dans une clinique ambulatoire ou dans un autre contexte où un seul médecin opère, au domicile de la personne vaccinée ou dans une situation critique sur le plan logistique et organisationnel***

## FICHE D'ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

A remplir par le vacciné et à revoir avec les professionnels de santé en charge de la vaccination.

Nom et prénom		Téléphone		
ANAMNÈSE		OUI	NON	JE NE SAIS PAS
Êtes-vous actuellement malade?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la fièvre?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous des allergies au latex, à un aliment, à un médicament ou à un composant de vaccin? Si OUI, veuillez préciser		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une réaction grave après avoir reçu un vaccin?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous une maladie cardiaque ou pulmonaire, de l'asthme, une maladie rénale, du diabète, de l'anémie ou d'autres troubles sanguins?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous avez un système immunitaire déficient ? (Exemple : cancer, leucémie, lymphome, VIH/SIDA, transplantation)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pris des médicaments qui affaiblissent le système immunitaire (exemple : cortisone, prednisone ou autres stéroïdes) ou des médicaments anticancéreux, ou subi des traitements de radiothérapie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours de l'année écoulée, avez-vous reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins, ou avez-vous reçu des immunoglobulines (gamma) ou des médicaments antiviraux?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu des crises d'épilepsie ou des problèmes au niveau du cerveau ou du système nerveux?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu des vaccins au cours des 4 dernières semaines ? Si OUI, lesquels? _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pour les femmes:</b> Êtes-vous enceinte ou prévoyez-vous de l'être dans le mois qui suit la première ou la deuxième dose?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vous allaitez?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez préciser ci-dessous les médicaments, en particulier les anticoagulants, ainsi que les compléments naturels, vitamines, minéraux ou médecines alternatives que vous prenez: \_\_\_\_\_

ANTÉCÉDENTS LIÉS AU COVID		OUI	NON	JE NE SAIS PAS
Au cours du dernier mois, avez-vous été en contact avec une personne infectée par le Sars-CoV2 ou le COVID-19?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>VOUS PRÉSENTEZ L'UN DES SYMPTÔMES SUIVANTS:</b>				
• Toux/rhume/ fièvre/ dyspnée ou symptômes grippaux?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Mal de gorge/perde de l'odorat ou du goût?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Douleur abdominale/diarrhée?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Ecchymoses anormales ou saignements/rougeurs des yeux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous effectué un voyage international au cours du dernier mois?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>TEST COVID-19 :</b>				
• Pas de test COVID-19 récent				
• Test COVID-19 négatif (date _____)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Test COVID-19 positif (date _____)				
• En attente du test COVID-19 (date _____)				

Veuillez signaler toute maladie ou information concernant votre état de santé \_\_\_\_\_

Date et lieu \_\_\_\_\_

Signature du vacciné ou de son représentant légal \_\_\_\_\_