

Auto questionnaire en vue de la vaccination COVID pour une personne extérieure au Centre Hospitalier du Quesnoy

À remettre au médecin ou infirmier lors de la vaccination

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Avez-vous déjà eu un test (PCR ou antigénique) positif ? Oui Non

Etes-vous cas contact ? Oui Non

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ? Oui Non

Etes-vous sous antibiotique ? Oui Non

Bénéficiez-vous d'un traitement immunodépresseur ? Oui Non

Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ? Oui Non
Si oui lequel :

Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité
à certaines substances ou avec d'autres vaccins ? Oui Non

Présentez-vous des troubles de la coagulation en particulier
une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant
(PREVISCAN, XARELTO, PRADAXA, ELIQUIS, COUMADINE,
SINTROM ou par injection) ? Oui Non

Etes-vous enceinte ? Oui Non

Allaitez-vous ? Oui Non

Dans les jours et semaines qui suivent votre
vaccination, vous pourrez, si nécessaire, signaler un
effet indésirable. Cela ne prend qu'une dizaine de
minutes sur le Portail de signalement des
événements sanitaires indésirables :
www.signalement.social-sante.gouv.fr.

Vous pouvez aussi en parler à votre médecin.

Réservé au médecin

Date :/...../.....

Signature du médecin :