

Si oui, s'agissait-il :

- d'un œdème de Quincke (**gonflement du visage, des lèvres ou de la gorge**)

oui non

- d'un état de choc anaphylactique (**baisse brutale de la tension**)

oui non

- d'une urticaire (**éruption et démangeaison survenus immédiatement**)

oui non

Avez-vous besoin d'avoir de l'adrénaline sur vous (**Anapen, Epipen**) ?

oui non

4/ Traitements en cours (préparez votre ordonnance de traitement habituel).

Prenez-vous un traitement anticoagulant ?

oui non

5/ Avez-vous une prescription pour la vaccination de votre médecin traitant

oui non

6/ Informations à lire absolument :

Le vaccin protège des formes graves du coronavirus à plus de 90%, il est possible et assez fréquent d'avoir quelques effets secondaires non graves et transitoires pendant quelques jours après la vaccination de type fièvre, courbatures, maux de tête, fatigue. En cas de besoin n'hésitez pas à contacter votre médecin traitant.

Une surveillance de 15 minutes après le vaccin est obligatoire.

J'ai lu

7/ Consentement : Je souhaite me faire vacciner contre le coronavirus.

oui non

Merci de préparer votre carte vitale, votre ordonnance de traitement habituel

A REMPLIR PAR LE MEDECIN lors de l'examen pré vaccinal

Contre-indication temporaire (foyer infectieux, COVID récent, risque de covid...) oui non

Possibilité de reprendre RDV à partir de :.....

Contre-indication absolue (allergie sévère) oui non

Catégorie d'éligibilité :

Age (préciser) :

A risque de forme grave (préciser) :

Dose supplémentaire restante

ACCORD POUR INJECTION

oui non

A REMPLIR PAR IDE

NOM ET PRENOM :

NOM du Vaccin :

heure de l'injection :

Numéro de lot :

A COMPLETER IMPERATIVEMENT

SAISIE INFORMATIQUE (si non à signaler en rouge en tête de liste)

oui non

AUTORISATION DE RETOUR A DOMICILE

oui non

Réactions allergiques

oui non

Prochain RDV pris (si 1ère injection) ?

oui non