

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Date du jour :/...../ 2021

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

A remplir par le/la patient.e

Fiche à remettre à l'agent à la sortie du centre

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?

Oui Non

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

Oui Non

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) ?

Oui Non

Êtes-vous enceinte ?

Oui Non

Allaitiez-vous ?

Oui Non

En signant ce formulaire, je reconnais avoir reçu les informations sur cette vaccination (dont contre-indications et effets indésirables), vaccination et je m'engage à rester sur l'établissement dans les 15 minutes qui suivent l'injection du vaccin.

Signature du patient :

A remplir par les professionnel.les de santé

Commentaires :

1ère injection

2ème injection

3ème injection

A remplir par l'infirmier.ère

Site d'injection : Bras droit

Bras gauche

Type de vaccin : PFIZER

Numéro de série

Numéro de lot

Date de péremption

...../...../2021

L'organisation, la traçabilité et le suivi de la vaccination contre la Covid-19 nécessitent la mise en œuvre d'un traitement de données. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition sur une partie du traitement. Ces droits s'exercent auprès de l'Administration Territoriale de Santé de Saint-Pierre et Miquelon en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données.

Fiche recto-verso