# Questionnaire pré-vaccinal

Logo

Etablissement

# Etablissement de santé

## **Votre identité Votre Fonction**

|  |  |
| --- | --- |
| ○ Praticien salarié | ○ IDE |
| ○ Praticien libéral | ○ ASD |
| ○ Sage-femme | ○ ASH |
| ○ Kinésithérapeute | ○ MERM |
| ○ Personnel administratif |  |
| ○ Fonction support :…………………………………………. |
| ○ Etudiant : ……………………………………………………….. |

Nom : ……………………………………………................

Prénom : ……………………………………………………….

Date de naissance : ……………………………………….



 **Les 2 vaccinations sont possibles simultanément**

## **Informations vaccination**

|  |  |
| --- | --- |
| ○ Grippe | ○ Covid |

Date de la vaccination : …………………………………..

Nom du vaccin Grippe : …………………………………..

Nom du vaccin Covid : …………………………………….

## **Informations médicales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Est-ce votre première vaccination contre la grippe ? | ○ Oui | ○ Non |
| Est-ce votre première vaccination contre la Covid 19 ? | ○ Oui | ○ Non |
| Etes-vous allergique aux protéines d’œufs ? | ○ Oui | ○ Non |
| Prenez-vous un traitement anticoagulant ? | ○ Oui | ○ Non |
| Avez-vous déjà eu une réaction importante ou une réaction allergique *(urticaire, œdème de Quincke, choc anaphylactique, asthme)* suite à une vaccination ? | ○ Oui | ○ Non |
| Avez-vous actuellement une infection avec de la fièvre ? | ○ Oui | ○ Non |
| Votre dernière injection contre le Covid 19 date-t-elle de moins de 6 mois (3 mois si vous êtes immunodéprimé) ? | ○ Oui | ○ Non |
| Avez-vous eu la Covid 19 dans les 6 derniers mois (ou dans les 3 mois si vous êtes immunodéprimé) ? | ○ Oui | ○ Non |

Signature :

# Questionnaire pré-vaccinal

Logo

Etablissement

# Etablissement médico-social

## **Votre identité Votre Fonction**

|  |  |
| --- | --- |
| ○ Médecin ou pharmacien | ○ IDE |
| ○ Interne  | ○ ASD |
| ○ ASH et autre personnelde service : ………………………………………………………… |
| ○ Personnel éducatif, social, d’animation : ………………………………………… |
| ○ Autre paramédical :……………………………………. |
| ○ Personnel administratif : ……………………………….. |
| ○ Etudiant : ……………………………………………………….. |

Nom : ……………………………………………................

Prénom : ……………………………………………………….

Date de naissance : ……………………………………….

 **Les 2 vaccinations sont possibles simultanément**

## **Informations vaccination**

|  |  |
| --- | --- |
| ○ Grippe | ○ Covid |

Date de la vaccination : …………………………………..

Nom du vaccin Grippe : …………………………………..

Nom du vaccin Covid : …………………………………….

## **Informations médicales**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Est-ce votre première vaccination contre la grippe ? | ○ Oui | ○ Non |
| Est-ce votre première vaccination contre la Covid 19 ? | ○ Oui | ○ Non |
| Etes-vous allergique aux protéines d’œufs ? | ○ Oui | ○ Non |
| Prenez-vous un traitement anticoagulant ? | ○ Oui | ○ Non |
| Avez-vous déjà eu une réaction importante ou une réaction allergique *(urticaire, œdème de Quincke, choc anaphylactique, asthme)* suite à une vaccination ? | ○ Oui | ○ Non |
| Avez-vous actuellement une infection avec de la fièvre ? | ○ Oui | ○ Non |
| Votre dernière injection contre le Covid 19 date-t-elle de moins de 6 mois (3 mois si vous êtes immunodéprimé) ? | ○ Oui | ○ Non |
| Avez-vous eu la Covid 19 dans les 6 derniers mois (ou dans les 3 mois si vous êtes immunodéprimé) ? | ○ Oui | ○ Non |

Signature :