

QUESTIONNAIRE VACCINATION

Les vaccins à ARN messenger du laboratoire BioNTech-Pfizer (Comirnaty) ou Moderna (Spikevax) sont autorisés pour être administrés à des mineurs de 12 ans et plus.

Le vaccin est administré par voie intramusculaire dans l'épaule. La vaccination complète s'effectue suivant un schéma vaccinal en 2 doses espacées d'au moins 21 jours

Des personnels de santé seront à la disposition de votre enfant pour répondre à ses questions et se faire préciser si besoin des points du questionnaire.

Partie à remplir par l'enfant ou l'adolescent (conjointement avec un parent si nécessaire)	
NOM de l'enfant :	Prénom de l'enfant :
Date de naissance de l'enfant (JJ/MM/AAAA) :	
Numéros de sécurité sociale (13 chiffres)¹ :	
Enfant (s'il en dispose) : [_ _ _ _ _]	
Parent 1 : [_ _ _ _ _] Parent 2 : [_ _ _ _ _]	
A-t-il/elle eu un test positif à la covid-19 au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il/elle eu un test positif à la covid-19 il y a plus de 3 mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il/elle été hospitalisé(e) pour des complications secondaires à un épisode de covid-19 notamment pour un syndrome inflammatoire multi systémique pédiatrique (PIMS) ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il/elle des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prend-il/elle un traitement anticoagulant ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Est-il/elle sévèrement immunodéprimé(e) (transplanté(e) d'organes solides, transplanté(e) récent de moelle osseuse, dialysé(e), atteint(e) d'une maladie auto-immune sous traitement immunosuppresseur fort ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il/elle déjà reçu une dose de vaccin anti covid-19 avant aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il/elle reçu un vaccin au cours des dernières trois semaines Si oui lequel : :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
A-t-il/elle de la fièvre ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
S'il s'agit d'une fille, est-elle enceinte ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Allaite-t-elle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accord du patient et d'au moins un parent pour les moins de 16 ans Signature(s)	Le _ _ / _ _ / 2021
Partie réservée au « vaccinateur »	
Le numéro de lot est : _ _ _ _ _	Initiales du « vaccinateur » :
L'injection a été réalisée dans le bras : <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droit à _ _ H _ _ min.	
Visa du Prescripteur	Schéma Vaccinal 1 injection <input type="checkbox"/> 2 injections <input type="checkbox"/> 3 injections <input type="checkbox"/>
Saisie Informatique VACCIN COVID <input type="checkbox"/>	

¹ Le même numéro de sécurité sociale doit être utilisé pour les deux injections. 5/8