

PFIZER-BIONTECH COVID-19

MODERNA COVID-19

NUVAXOVID COVID-19

Nom et prénom _____

Date de naissance _____ date de la première vaccination _____

Par rapport à l'enquête anamnestique réalisée lors de la première administration, y a-t-il eu des changements (état de grossesse, allaitement, résultats des tests pour l'infection par le SRAS-Cov-2, nouvelles thérapies, etc...) OUI NON

(si OUI, veuillez préciser les changements): _____

Après l'administration de la première dose de vaccin, vous avez présenté une réaction locale au site d'administration (démangeaisons, érythème, œdème, etc..). OUI NON Si OUI,

type de réaction: _____

temps écoulé entre l'administration et l'apparition de l'effet indésirable: _____

EN CAS D'EFFET INDÉSIRABLE, REMPLISSEZ ÉGALEMENT LES PARTIES SUIVANTES

Réactions antérieures indésirables aux vaccins: OUI NON Si OUI,

nom du vaccin qui a provoqué la réaction: _____

type de réaction _____ date _____

Réactions allergiques graves antérieures (anaphylaxie) de cause inconnue: OUI NON Si OUI,

type de réaction _____ date _____

Effets indésirables antérieurs de médicaments: OUI NON Si OUI,

• nom du médicament _____ type de réaction _____

• nom du médicament _____ type de réaction _____

• nom du médicament _____ type de réaction _____

Vous avez une mastocytose systémique: OUI NON

Vous souffrez d'asthme bronchique "non contrôlée", c'est-à-dire que malgré le traitement de base, vous devez utiliser fréquemment le salbutamol en spray (> 2-3 fois/semaine): OUI NON

Date et lieu: ____/____/____, _____

Signature du prestataire de soins de santé/personne qui effectue la vaccination: _____

CONCLUSION PAR LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ QUI RECUEILLE LES ANTÉCÉDENTS:

Vaccinable sans précautions Vaccinable en milieu hospitalier avec une observation de 30 min.

Signature du prestataire de soins de santé: _____

N.B. en cas de réaction locale, même étendue, après la première dose administrée, vacciner en prolongeant le temps d'attente à 30 minutes sans autres précautions (document SIAAIC/AAIITO, 2021) ; en cas de suspicion de réaction allergique généralisée, envoyer le patient dans un environnement protégé sur le plan allergologique.

Ce formulaire anamnestique préparatoire à l'administration de la seconde dose de vaccin Covid-19 aux personnes résidant dans des établissements sanitaires et sociaux peut être rempli par le personnel de santé en contact avec le patient dans les jours qui suivent l'administration de la première dose.