

Vaccination anti COVID-19

Questionnaire de santé

À remplir par la personne à vacciner et à revoir avec le personnel sanitaire préposé à la vaccination

Prénom et nom	Téléphone <hr/>		
ANAMNÈSE	OUI	NON	JE NE SAIS PAS
Êtes-vous malade actuellement ?			
Avez-vous de la fièvre ?			
Êtes-vous allergique au latex, à certains aliments, à des médicaments ou à des vaccins ? Si oui, précisez : _____ _____			
Avez-vous déjà eu une réaction grave après une vaccination ?			
Souffrez-vous de maladies cardiaques ou pulmonaires, d'asthme, de maladies rénales, de diabète, d'anémie ou autres maladies du sang ?			
Êtes-vous dans une condition de déficit du système immunitaire (exemple : cancer, leucémie, lymphome, VIH/SIDA, greffe ?			
Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pris des médicaments qui affaiblissent le système immunitaire (par exemple : cortisone, prednisone ou autres stéroïdes) ou des médicaments anticancéreux, ou avez-vous suivi un traitement par radiothérapie ?			

<p>Au cours de l'année passée, avez-vous reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins, vous a-t-on administré des immunoglobulines (gammaglobulines) ou des antiviraux ?</p>			
<p>Avez-vous déjà souffert de convulsions, de problèmes cérébraux ou de troubles neurologiques ?</p>			
<p>Vous a-t-on administré des vaccinations au cours des 4 dernières semaines ?</p> <p>Si oui, lesquelles : _____ _____ _____</p>			
<p>Pour les femmes : êtes-vous enceinte ou envisagez-vous une grossesse dans le mois suivant l'injection de la première ou de la seconde dose de vaccin ?</p>			
<p>Allaitez-vous ?</p>			

Précisez ci-dessous si vous prenez des médicaments, et notamment des anticoagulants, ou des compléments naturels, des vitamines, des minéraux ou tout autre type de médicament :

ANAMNESE LIÉE A LA COVID-19				OUI	NON	JE NE SAIS PAS
Avez-vous été en contact avec une personne infectée porteuse du Sars-CoV2 ou malade de COVID-19 au cours du dernier mois ?						
Présentez-vous l'un des symptômes suivants :						
Toux / rhume / fièvre / dyspnée ou symptômes pseudo-grippaux ?						
Maux de gorge / perte de l'odorat ou du goût ?						
Douleurs abdominales / diarrhée ?						
Ecchymoses anormales ou saignements/rougeurs oculaires ?						
Avez-vous effectué des voyages internationaux au cours du dernier mois ?						
Test COVID-19	Aucun test COVID-19 récent	Test COVID-19 négatif date _____	Test COVID-19 positif date _____	TEST COVID-19 en attente de résultat date _____		

Signalez toute autre pathologie ou information utile sur votre état de santé.
