

QUESTIONNAIRE AVANT PRESCRIPTION VACCINATION

SCANNER SYSTEMATIQUEMENT AVEC LE BON DE PRISE EN CHARGE et DONNER AU VACCINATEUR

Nom et prénom du patient :Date de naissance :

Date de vaccination : VACCIN PRESCRIT :

VACCINATEUR : S'agit-il d'un vaccin vivant ? Oui Non

SI OUI = attention aux CI (Grossesse, allaitement, immunodéprimés, VIH...)

Cas vaccination Covid

Date de dernière injection..... Infection Covid Récente ? Oui Non (Si OUI, date :.....)

État de santé général

1. Vous sentez-vous actuellement en bonne santé ? Oui Non (précisez :))

2. Avez-vous actuellement de la fièvre ou une infection en cours ? Oui Non

Allergies

3. Avez-vous déjà présenté une réaction allergique grave ? Oui Non (précisez :))

4. Êtes-vous allergique à un des composants suivants :

- Gelatines (CI ROR, Grippe, Zostavax, Polyo): Oui Non
- Aminosides (CI ROR, Varivax, Zostavax):: Oui Non
- Protéines d'œuf et poulet (CI Grippe, Fièvre jaune, Rougeole): Oui Non

Antécédents médicaux

5. Antécédent de cancer du sein ? Oui Non

6. Maladie chronique importante ? Oui Non (précisez :))

7. Traitement médical en cours ou

Vaccination

8. Dans quel bras souhaitez-vous recevoir l'injection ? (Attention si ATCD cancer du sein)

Bras gauche

Bras droit

Vaccination à prévoir : Pneumocoque, Zona, DTP

9. Suis-je à jour de mes vaccinations DTP ? Oui Non

10. J'ai plus de 65 ans Oui Non (précisez :))

11. Suis-je vacciné contre le pneumocoque ? Oui Non

12. Suis-je vacciné contre le Zona ? Oui Non

Signature patient - Consentement patient

Signer ici