



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ,
*en charge de la prévention
et de la Protection Sociale
Généralisée*

SITE :

DATE :/...../ 2023

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19 V5 – octobre 2023

Nom : _____

Nom de jeune fille : _____

Prénom : _____

Commune de résidence : _____

Date de naissance : _____ N° de téléphone mobile : _____

N°DN : _____ : M F

A compter du 23 octobre 2023, la vaccination anti-Covid-19 reposera sur une dose unique de vaccin PFIZER COMIRNATY® OMICRON XBB.1.5 quel que soit l'historique de la personne vis-à-vis de la Covid-19 (doses reçues, infections présentées, absence de primo-vaccination, ...) pour les adultes et les enfants âgés de 5 ans et plus, avec un délai indicatif de 6 mois depuis la dernière dose/infection (délai de 3 mois si immunodépression connue).
Il conviendra de solliciter un avis spécialisé pour les enfants âgés de 6 mois à 4 ans.

Avez-vous eu des effets indésirables (qui ont nécessité une consultation médicale) après une dose précédente de vaccin ? Oui Non

Avez-vous été récemment en contact avec une personne qui a la Covid ? Oui Non

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ? Oui Non

Avez-vous des antécédents d'allergie ? Oui Non

Avez-vous des troubles de la coagulation du sang ? Oui Non

Prenez-vous un traitement anticoagulant ou antiplaquettaire ?
(aspirine, aspegic, kardegic, plavix, xarelto, pradaxa, coumadine, previscan ou autres) Oui Non

Etes-vous enceinte ? Oui Non

Réservé au patient ou parent/tuteur si mineur

Je certifie l'exactitude des renseignements
et consens à la vaccination anti-Covid-19

Signature : _____

Réservé au médecin/SF/pharmacien

Accord pour la vaccination : OUI
NON

Signature : _____

Réservé aux IDE/pharmaciens

N° de lot du vaccin :

Date de péremption :/...../.....

Commentaires :