



VACCINATION COVID 19

COVID-19 VACCINE ASTRAZENCA®

Fiche vaccinale

02 Mars 2021
Rédaction et validation
Dr PIRONNEAU
et Dr GARIN

*(Le recto est à remplir par le salarié,
le verso est destiné au personnel médical)*

REPLISSEZ VOS COORDONNEES

Nom : Prénom :
Date de Naissance : / / N° sécurité sociale :
N° Téléphone : Adresse mail :

LISEZ ATTENTIVEMENT LES QUESTIONS CI-DESSOUS correspondant au vaccin contre la COVID19 et
COCHEZ LES CASES de vos réponses pour vérifier les contrindications et les conditions d'éligibilité :

	NON	OUI
Contreindications à la vaccination (un « oui » peut exclure et sera discuté avec le médecin)		
Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été identifié comme sujet contact à risques COVID dans les 7 derniers jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà présenté des réactions allergiques graves, en particulier lors de vaccinations antérieures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu une injection de vaccin ces deux dernières semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les femmes : grossesse ou allaitement en cours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentez-vous des troubles de la coagulation (traitement anticoagulant ou antiagrégant comme aspirine, PLAVIX, TICLID...) ou maladie (baisse des plaquettes, hémophilie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes-vous atteint(e) de cancers ou de maladies hématologiques malignes en cours de traitement par chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez d'une insuffisance rénale sévère justifiant d'une dialyse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous bénéficié d'une transplantation d'organe ou de cellules ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentez vous une insuffisance de plus d'un organe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Etes vous atteint d'une trisomie 21 ou d'une autre maladie rare ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaillez-vous dans un EHPAD avec un âge supérieur à 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conditions d'éligibilité (un voire plusieurs « oui » sont nécessaires)		
Etes-vous un professionnel de santé ou du secteur médicosocial (crèches incluses ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous plus de 50 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentez-vous une pathologie cardio vasculaire : HTA, infarctus, insuffisance cardiaque, AVC, chirurgie cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez vous d'un diabète (type 1 ou 2)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez vous d'une pathologie respiratoire chronique (BPCO, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez vous d'une obésité avec un IMC >30 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous souffert d'un cancer ou d'une hémopathie maligne ces trois dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une cirrhose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous subi une ablation de la rate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une drépanocytose majeure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous d'une maladie neurologique grave : sclérose en plaques, Parkinson, paralysie, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je consens à me faire vacciner contre la Covid-19 et à ce que l'information soit saisie dans VACCIN COVID

Signature du salarié :

A retourner à l'adresse « vaccinationcovid@mt2i.org »

ET à amener le jour de la vaccination

Nom : Prénom :
Date de Naissance : / / N° sécurité sociale :
N° Téléphone : Adresse mail :

VALIDATION MEDICALE NON OUI

Nom et signature du médecin :

Date :

1^{ère} injection
2^{ème} injection

REALISATION DE LA VACCINATION COVID 19 PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE

Référence : **COVID-19 Vaccine Astra Zeneca**

Date : / / 2021

Heure de l'injection :

N° de lot :

Nom et signature du vaccinateur :

Site d'injection : deltoïde DROIT
deltoïde GAUCHE
autre

SURVEILLANCE

Nom et signature du responsable de la sortie :

Absence de réaction
Saisie dans VACCIN COVID
Saisie dans Préventiel

*Le vaccin peut entraîner quelques signes généraux bénins dans les 48 premières heures après la vaccination.
L'administration de paracétamol peut être proposée.
Au-delà de 48 heures si les signes persistent, veuillez consulter votre médecin traitant.*