



SERVICE DÉPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS

Groupement SSSM

VACCINATION COVID 19

**DEUXIEME OU TROISIME INJECTION
Ou DOSE DE RAPPEL**

NOM	
Prénom	
Date de naissance	
N° de sécurité sociale	
N° de téléphone	

Questionnaire préalable à la vaccination anti Covid-19		Vaccination N° 2 ou 3 ou Dose de Rappel	
		Oui	Non
1	Quel est votre âge ?		
2	Avez-vous reçu un traitement par anticorps monoclonaux contre la COVID-19 dans les deux derniers mois ?		
3	Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?		
4	Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ? Si oui lequel :		
5	Avez-vous récemment présenté un épisode de myocardite ou péricardite ?		
6	Etes-vous sous traitement anticoagulant ? Avez-vous une baisse des plaquettes ? Avez-vous déjà présenté un syndrome de fuite capillaire ?		
7	Pour les enfants âgés d'au moins 12 ans, avez-vous présenté un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) après une Covid-19 ?		
8	Combien de doses de vaccin anti-COVID-19 avez-vous déjà reçu ?		
9	A quelle date a été réalisée votre dernière injection ?		
10	Avez-vous été infecté par la COVID-19 après le début de votre vaccination ? Si oui combien de temps après l'injection ?		
11	Avez-vous déjà présenté un effet indésirable grave après une injection de vaccin contre la COVID-19 ?		
12	Etes-vous sapeur-pompier ?		

Visa du Prescripteur

autorisant la vaccination n° 2 ou 3 ou dose de rappel (entourer) :

Nom & signature :

Deuxième ou troisième injection ou dose de rappel

Vaccin :

Date :

Date de péremption :

Préparation n° :

Deltoïde G ☐

Lot :

Deltoïde D ☐

Réalisée par : Nom et signature

Heure d'injection :