



Service d'incendie et de secours
174 RUE DE LA LIBERTÉ
34000 MONTPELLIER

Groupement 0306

VACCINATION COVID 19

| DATE DE LA VE : | |
|------------------------|--|
| Nom | |
| Prénom | |
| Date de naissance | |
| N° de sécurité sociale | |
| N° de téléphone | |

| Questionnaire préalable à la vaccination anti Covid 19 | Vaccination N° 1 | | Vaccination N° 2 | |
|---|------------------|-----|------------------|-----|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| 1. Quel est votre âge ? | | | | |
| 2. Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des 30 derniers jours ? | | | | |
| 3. Avez-vous de la fièvre supérieure ? | | | | |
| 4. Avez-vous reçu un vaccin au cours des 30 derniers jours ? Le vaccin est : _____ | | | | |
| 5. Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certains substances ou aux autres vaccins ? | | | | |
| 6. Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une hémophilie des plaquettes ou traitement anticoagulant) ? | | | | |
| 7. Avez-vous eu de la fièvre ? | | | | |
| 8. Avez-vous ? | | | | |

CONSENTEMENT ÉCRIT

Cette vaccination peut engendrer des réactions locales (douleurs, rougeurs,) ou des réactions générales (fièvre, fatigue, céphalées, douleurs musculaires et articulaires).

Ces réactions sont le plus souvent bénignes et disparaissent spontanément.

En cas de réaction à risque, quelques rares cas d'allergie type anaphylaxie ont été décrits.

Il se situe, je m'engage à rester sur site quinze minutes après l'injection.

Je déclare et donne mon accord pour la pratique du vaccin.

Je reconnais avoir eu connaissance des bénéfices et risques liés à la vaccination : oui non

Je souhaite être vacciné : oui non

Je déclare avoir pris connaissance du document relatif au traitement des données à caractère personnel relatif aux vaccinations contre la COVID-19 (Décret n°2020-1430 du 25 décembre 2020) oui non

Nom, Prénom

Date et signature

Ordonnance établie par le médecin traitant

OUI NON

(Effets indésirables possibles)

Réaction localisatrice au point d'injection, fatigue, maux de tête, fièvre modérée, fatigue, douleurs musculaires, fièvre, douleur articulaire, et fièvre.

Exceptionnellement : réaction allergique.

Les réactions liées aux cas rares peuvent être combattues en présence du personnel soignant (soins de contre-indication).

En cas de réaction locale inflammatoire, un personnel adéquat peut couvrir les effets (attention au risque infectieux).