



SERVICE DÉPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS

Groupement SSSM

VACCINATION COVID 19

Première injection

DATE DE LA V2 :	
NOM	
Prénom	
Date de naissance	
N° de sécurité sociale	
N° de téléphone	

Questionnaire préalable à la vaccination anti Covid-19		Vaccination N° 1	
		Oui	Non
1	Quel est votre âge ?		
2	Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif il y a moins de deux mois ?		
3	Avez-vous reçu un traitement par anticorps monoclonaux contre la COVID-19 dans les deux derniers mois ?		
4	Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?		
5	Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ? Si oui lequel :		
6	Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?		
7	Avez-vous récemment présenté un épisode de myocardite ou péricardite ?		
8	Etes-vous sous traitement anticoagulant ? Avez-vous une baisse des plaquettes ? Avez-vous déjà présenté un syndrome de fuite capillaire ?		
9	Pour les enfants âgés d'au moins 12 ans, avez-vous présenté un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) après une Covid-19 ?		
10	Etes-vous sapeur-pompier ?		

DEMANDE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

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 terrain à risque, quelques rares cas d'allergie type anaphylaxie ont été décrits.

A ce titre, je m'engage à rester sur site quinze minutes après l'injection, ou à ce que mon enfant mineur reste sur site quinze minutes après l'injection.

Je déclare et donne mon accord pour la pratique du vaccin pour moi-même ou en qualité de parent / tuteur légal de mon enfant mineur.

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

Je souhaite être vacciné ou que mon enfant mineur soit 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°2020-1690 du 25 décembre 2020) oui non

Si un seul des deux parents est présent : Je déclare sur l'honneur que Monsieur, Madame _____, en qualité de parent co-titulaire de l'autorité parentale, a donné son autorisation à la vaccination contre la covid-19 de l'enfant ci-dessus désigné.

Nom, Prénom du patient majeur ou de ses représentants légaux pour les mineurs : _____

Date et signature(s) : _____

Visa du Prescripteur
autorisant la vaccination n°1 :

Nom & signature :

Les personnes immunodéprimées (personnes vivant avec le VIH, traitées par corticoïdes, par chimiothérapie etc...) peuvent être vaccinées car elles sont à risque d'infection Covid-19 sévère. Mais il existe un risque d'efficacité diminuée du vaccin. Un traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire n'est pas une contre-indication à la vaccination mais il faut être vigilant sur le risque de saignement au point d'injection.

Ne pas administrer d'autre vaccin entre les 2 injections du vaccin Covid-19. Ne pas administrer d'autre vaccin dans les 15 jours qui suivent la 2^{ème} injection.

Concernant les femmes en âge de procréer, il faut éviter une grossesse dans les 3 mois qui suivent la 2ème injection.

Première injection / Vaccin :

Date :

Date de péremption :

Lot :

Préparation n° : Deltoïde G

Deltoïde D

Réalisée par : Nom et signature

Heure d'injection :

Comorbidités à retenir :

- pathologies cardio-vasculaires :
 o hypertension artérielle compliquée (notamment complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales),
 o antécédent d'accident vasculaire cérébral,
 o antécédent de coronaropathie,
 o antécédent de chirurgie cardiaque,
 o insuffisance cardiaque ;
- diabète de types 1 et 2 ;
- pathologies respiratoires chroniques susceptibles de décompenser lors d'une infection virale, notamment :
 o broncho pneumopathie obstructive,
 o insuffisance respiratoire,
 o asthme sévère,
 o fibrose pulmonaire,
 o syndrome d'apnées du sommeil,
 o mucoviscidose ;

- insuffisance rénale chronique dialysée ;
- obésité avec indice de masse corporelle ≥ 30 ;
- cancer ou hémopathie maligne actif de moins de 3 ans ;
- cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;
- immunodépression congénitale ou acquise ;
- syndrome drépanocytaire majeur ou antécédent de splénectomie ;
- pathologies neurologiques :
 o maladies du motoneurone,
 o myasthénie grave,
 o sclérose en plaques,
 o maladie de Parkinson,
 o paralysie cérébrale,
 o quadriplégie ou hémiplegie,
 o tumeur maligne primitive cérébrale,
 o maladie cérébelleuse progressive.

Patients vulnérables à très haut risque. Il s'agit des patients adultes :

- atteints de cancers et de maladies hématologiques malignes en cours de traitement par chimiothérapie ;
- atteints de maladies rénales chroniques sévères, dont les patients dialysés ;
- transplantés d'organes solides ;
- transplantés par allogreffe de cellules souches hématopoïétiques ;
- atteints de poly-pathologies chroniques et présentant au moins deux insuffisances d'organes ;
- atteints de certaines maladies rares et particulièrement à risque en cas d'infection (voir Annexe 4) ;
- atteints de trisomie 21.