



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

04 67 51 10 00

VACCINATION COVID 19

Première injection

BARS DE LA VOI :	
Nom	
Prénoms	
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 au cours de votre vie un antigrippe positif au cours des 12 derniers mois ?		
3 Avez-vous de la fièvre récurrente ?		
4 Avez-vous eu au cours de votre vie des deux derniers vaccins ? y a-t-il lequel ?		
5 Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certains substances ou avec d'autres vaccins ?		
6 Présumez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une lésion des plaquettes ou traitement anticoagulant) ?		
7 Êtes-vous enceinte ?		
8 Autres cas ?		

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

En outre, 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 le COVID-19 (Décret n°2020-1430 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 ou titulaire de l'autorité parentale, a donné son autorisation à la vaccination contre le covid-19 de l'enfant ci-dessus désigné.

Nom, Prénom du patient majeur ou de son représentant légal pour les mineurs : _____

Date et signature(s) : _____

Effets indésirables possibles :

Réaction localisées ou point d'injection, fatigue, fièvre de tête, fièvre modérée, fatigue, douleur musculaire, fièvre, douleur articulaire, et fièvre.

Exceptionnellement : réaction allergique.

Les réactions graves sont rarement présent être constatées en présence de personnel (en l'absence de contre-indication).

En cas de réaction locale inflammatoire, un personnel autorisé peut soulager les effets (compression ou risque infectieux).