

FICHE DE SUIVI
CENTRE DE VACCINATION COVID-19 Mairie du 6^{ème} Arrondissement

A remplir par le patient avant passage à l'accueil :

Date : **Nom :** **Prénom :** **Code postal :**

1^{ère} injection **2^{ème} injection** (signaler au médecin si 1^{ère} injection avec autre vaccin) **3^{ème} injection**

Date de naissance : / / **N° sécurité sociale :**
N° sécurité sociale parent de rattachement:

Tél : **Mail :**

A remplir par le médecin :

Le patient éligible ou son représentant légal accepte de rentrer dans le processus de vaccination après avoir reçu toutes les informations nécessaires à un choix éclairé.

Il consent à la vaccination avec le vaccin COMIRNATY (Pfizer) MODERNA

PATIENT :
 -18 ans (autorisation parentale) 3eme dose âge 3eme dose comorbidité Autre

Si autre vaccin en première injection → date et type de la première injection :

	OUI	NON
Antécédent de COVID ? Si < 2 mois : contre-indication Si > 2 mois : 1 seule injection		
Si seconde injection, avez-vous eu une réaction lors de la 1 ^{ère} injection ? Loco régionale ? pas de contre-indication Générale (urticaire, gonflement des muqueuses) ? surseoir /avis allergologique		
Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances injectées ou d'autres vaccins ? Si oui surseoir ou avis allergologique (Hotline Tenon Allergo 01 56 01 74 08)		
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ou des symptômes de COVID-19? Etes-vous cas contact ?		
Avez-vous reçu un vaccin dans les 2 dernières semaines ?		
Avez-vous des troubles de la coagulation ? (thrombopénie ou tt anticoagulant)		
Etes-vous enceinte ? (Nombre de SA :)		
Si mineur: atcdt de syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'une infection par le SARS-Cov-2 ou d'une première injection ?		

MEDECIN Nom : **Prénom :** **Signature :**

Date vaccination : **Heure vaccination :**

N° lot : **Deltoïde : Droit** **Gauche**

Nom Vaccinateur :