Heure fin de surveillance :

FICHE DE SUIVI PATIENT MINEUR 12 à 17 ANS
CENTRE DE VACCINATION COVID-19 Mairie du 6ème Arrondissement

A remplir par le parent du mineur ou mineur> 16ans :

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

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

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

Tél : **Mail :**

A remplir par le parent du mineur si parent absent au moment de la vaccination ou mineur> 16ans:

	OUI	NON
Antécédent de COVID ? (Apporter preuve de l'infection) Si < 2 mois : contre-indication Si > 2 mois : 1 seule injection		
Si seconde injection, avez-vous eu une réaction lors de la 1ère 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 ?		

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 :

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

Date vaccination : **Heure vaccination :**
N° lot :
Nom Vaccinateur : **Deltoïde : Droit** □ **Gauche** □

MAJ le 27/08 par Dr. Marc JACONO n° CPAM 000001372