

CENTRE DE VACCINATION IVRY SUR SEINE
Questionnaire de pré-vaccination COVID-19

Vous souhaitez bénéficier de la vaccination anti COVID-19 : 1^{ère} injection 2^{ème} injection
Afin de préparer la consultation de pré-vaccination, nous vous remercions de répondre à ces quelques questions

NOM : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ Ville de résidence : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Dans quel contexte réalisez-vous cette vaccination ?

- Professionnel de santé, aide à domicile ou pompiers de plus de 50 ans ou ayant une ALD (Affection Longue Durée) invalidante
- Personne à très haut risque (insuffisance rénale, transplantation, chimiothérapie en cours, T21 et maladies rares)
- Personne âgée de 75 ans ou plus

- 1- Avez-vous développé un COVID symptomatique avec une PCR positive dans les 3 mois précédents ? _____ OUI NON
- 2- Avez-vous été en contact avec un cas COVID confirmé en l'absence de mesures barrières dans les 7 jours précédents ? _____ OUI NON
- 3- Avez-vous des antécédents de réactions allergiques sévères (choc anaphylactique, œdème de Quincke) ? _____ OUI NON
- 4- Avez-vous bénéficié d'une autre vaccination dans les 14 jours précédents ? OUI NON
- 5- Etes-vous sous anticoagulants ? _____ OUI NON
- 6- Etes-vous enceinte ou allaitez-vous ? _____ OUI NON
- 7- Consentez-vous à recevoir une injection du vaccin contre la COVID-19 ? OUI NON
- 8- En cas de 2^{ème} injection, avez-vous eu des effets secondaires après la 1^{ère} ? OUI NON

Rempli à Ivry sur Seine, le/...../....., signature du patient :

RESERVE AU MEDECIN	RESERVE A L'INFIRMIER-ERE/MEDECIN
<input type="checkbox"/> Absence de contre-indication au vaccin, notamment allergique	Vaccin injecté :
<input type="checkbox"/> Contre-indication à la vaccination	Lot :
Le vaccin est administré par injection intramusculaire dans le bras :	Nom du professionnel ayant administré le vaccin :
<input type="checkbox"/> Gauche	
<input type="checkbox"/> Droit	
Equipe Médicale Ivryenne 94	
Signature et tampon du médecin :	

Les données personnelles que vous communiquez dans le cadre des centres dédiés au COVID19 (centre d'appel, centre de dépistage et centre de vaccination) sont collectées par la ville d'Ivry-sur-Seine, co-responsable de traitement, dans le cadre de ses missions d'intérêt public, pour lutter contre l'épidémie de COVID19, faciliter l'accès au parcours santé et vous permettre d'être dépisté ou vacciné. Vous pouvez en savoir plus sur le traitement de vos données et sur vos droits en consultant la page [RGPD | Ville d'Ivry-sur-Seine](#). Toutes les données demandées sont obligatoires.