

PFIZER-BIONTECH COVID-19

MODERNA COVID-19

NUVAXOVID COVID-19

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ date de la première vaccination \_\_\_\_\_

Par rapport à l'enquête anamnétique réalisée lors de la première administration, y a-t-il eu des changements (état de grossesse, allaitement, résultats des tests pour l'infection par le SRAS-Cov-2, nouvelles thérapies, etc...)  OUI  NON

(si OUI, veuillez préciser les changements): \_\_\_\_\_

Après l'administration de la première dose de vaccin, vous avez présenté une réaction locale au site d'administration (démangeaisons, érythème, œdème, etc..).  OUI  NON Si OUI,

type de réaction: \_\_\_\_\_

temps écoulé entre l'administration et l'apparition de l'effet indésirable: \_\_\_\_\_

**EN CAS D'EFFET INDÉSIRABLE, REMPLISSEZ ÉGALEMENT LES PARTIES SUIVANTES**

Réactions antérieures indésirables aux vaccins:  OUI  NON Si OUI,

nom du vaccin qui a provoqué la réaction: \_\_\_\_\_

type de réaction \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

Réactions allergiques graves antérieures (anaphylaxie) de cause inconnue:  OUI  NON Si OUI,

type de réaction \_\_\_\_\_ date \_\_\_\_\_

Effets indésirables antérieurs de médicaments:  OUI  NON Si OUI,

• nom du médicament \_\_\_\_\_ type de réaction \_\_\_\_\_

• nom du médicament \_\_\_\_\_ type de réaction \_\_\_\_\_

• nom du médicament \_\_\_\_\_ type de réaction \_\_\_\_\_

Vous avez une mastocytose systémique:  OUI  NON

Vous souffrez d'asthme bronchique "non contrôlée", c'est-à-dire que malgré le traitement de base, vous devez utiliser fréquemment le salbutamol en spray (> 2-3 fois/semaine):  OUI  NON

Date et lieu: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Signature du prestataire de soins de santé/personne qui effectue la vaccination: \_\_\_\_\_

**CONCLUSION PAR LE FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ QUI RECUEILLE LES ANTÉCÉDENTS:**

Vaccinable sans précautions  Vaccinable en milieu hospitalier avec une observation de 30 min.

Signature du prestataire de soins de santé: \_\_\_\_\_

N.B. en cas de réaction locale, même étendue, après la première dose administrée, vacciner en prolongeant le temps d'attente à 30 minutes sans autres précautions (document SIAAIC/AAIITO, 2021) ; en cas de suspicion de réaction allergique généralisée, envoyer le patient dans un environnement protégé sur le plan allergologique.

Ce formulaire anamnétique préparatoire à l'administration de la seconde dose de vaccin Covid-19 aux personnes résidant dans des établissements sanitaires et sociaux peut être rempli par le personnel de santé en contact avec le patient dans les jours qui suivent l'administration de la première dose.