

## QUESTIONNAIRE VACCINATION

Les vaccins à ARN messenger du laboratoire BioNTech-Pfizer (Comirnaty) ou Moderna (Spikevax) sont autorisés pour être administrés à des mineurs de 12 ans et plus.

Le vaccin est administré par voie intramusculaire dans l'épaule. La vaccination complète s'effectue suivant un schéma vaccinal en 2 doses espacées d'au moins 21 jours

Des personnels de santé seront à la disposition de votre enfant pour répondre à ses questions et se faire préciser si besoin des points du questionnaire.

<b>Partie à remplir par l'enfant ou l'adolescent (conjointement avec un parent si nécessaire)</b>			
<b>NOM de l'enfant :</b>	<b>Prénom de l'enfant :</b>		
<b>Date de naissance de l'enfant (JJ/MM/AAAA) :</b>			
<b>Numéros de sécurité sociale (13 chiffres)<sup>1</sup> :</b>			
<b>Enfant (s'il en dispose) :</b> [ _ _ _ _ _ ]			
<b>Parent 1 :</b> [ _ _ _ _ _ ] <b>Parent 2 :</b> [ _ _ _ _ _ ]			
A-t-il/elle eu un test <b>positif</b> à la covid-19 au cours des <b>3 derniers mois</b> ?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>		
A-t-il/elle eu un test <b>positif</b> à la covid-19 il y a <b>plus de 3 mois</b> ?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>		
A-t-il/elle été hospitalisé(e) pour des complications secondaires à un épisode de covid-19 notamment pour un syndrome inflammatoire multi systémique pédiatrique (PIMS) ?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>		
A-t-il/elle des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>		
Prend-il/elle un traitement anticoagulant ?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>		
Est-il/elle sévèrement immunodéprimé(e) (transplanté(e) d'organes solides, transplanté(e) récent de moelle osseuse, dialysé(e), atteint(e) d'une maladie auto-immune sous traitement immunosuppresseur fort ?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>		
A-t-il/elle déjà reçu une dose de vaccin anti covid-19 avant aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>		
A-t-il/elle reçu un vaccin au cours des dernières trois semaines Si oui lequel : : .....	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>		
A-t-il/elle de la fièvre ?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>		
S'il s'agit d'une fille, est-elle enceinte ?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>		
Allaite-t-elle ?	<input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b>		
<b>Accord du patient et d'au moins un parent pour les moins de 16 ans</b> <b>Signature(s)</b>	<b>Le</b> _ _ / _ _ / 2021		
<b>Partie réservée au « vaccinateur »</b>			
Le numéro de lot est :      _ _ _ _ _	Initiales du « vaccinateur » :		
L'injection a été réalisée dans le bras : <input type="checkbox"/> <b>Gauche</b> <input type="checkbox"/> <b>Droit</b> à   _ _ H   _ _ min.			
<b>Visa du Prescripteur</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><b>Schéma Vaccinal</b></td> <td style="width: 50%;"> 1 injection   <input type="checkbox"/>  2 injections   <input type="checkbox"/>  3 injections   <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	<b>Schéma Vaccinal</b>	1 injection <input type="checkbox"/> 2 injections <input type="checkbox"/> 3 injections <input type="checkbox"/>
<b>Schéma Vaccinal</b>	1 injection <input type="checkbox"/> 2 injections <input type="checkbox"/> 3 injections <input type="checkbox"/>		
<b>Saisie Informatique VACCIN COVID</b> <input type="checkbox"/>			

<sup>1</sup> Le même numéro de sécurité sociale doit être utilisé pour les deux injections. 5/8