

COVID 19

Questionnaire pré-vaccinal Janssen

Coordonnées du patient

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Téléphone :
Mail :
Numéro de Sécurité Sociale :
Personnel soignant, préciser le secteur d'activité :
Médecin traitant :

Identification de l'infirmier

(Nom, prénom, cachet, et signature)

Questionnaire préalable à la vaccination anti-covid 19		OUI	NON
1	Souhaitez-vous vous faire vacciner contre la covid 19 ?		
2	Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif ?		
3	Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?		
4	Avez-vous été en contact à risque avec un cas confirmé de Covid dans les 7 derniers jours (sans mesure de protection) ?		
5	Avez-vous des antécédents de réaction allergique grave de type anaphylactique ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ?		
6	Êtes-vous sous chimiothérapie ou traitement immunosuppresseur ?		
7	Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ?		
8	Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ?		
9	Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes) ou traitement anticoagulant ?		

En cas d'une réponse « oui » dans une des cases rouges, nécessité de prendre l'avis du médecin traitant

Vaccin utilisé : Janssen COVID-19 (Ad26.COV2-S [recombinant])

Lot n° :

Injection : Deltoïde Droit

Deltoïde Gauche

Effets indésirables signalés :

En cas de réaction anormale (ou d'effet indésirable), contacter le médecin traitant ou faire une déclaration en ligne sur le portail de signalement des événements sanitaires indésirables :

<https://signalement.social-sante.gouv.fr>

À l'issue des 15 minutes de surveillance post-vaccinale, l'infirmier lève la surveillance.