

Centre de Vaccinations Saint-Jean

Formulaire de pré-vaccination anti-Covid



Nous vous remercions par avance de remplir le questionnaire ci-dessous.

Ces renseignements seront portés à la connaissance du médecin coordinateur de la vaccination dans le cadre de la consultation pré vaccinale.

Nom :

Date de naissance :

Prénom :

N° sécurité sociale :

	OUI	NON
Avez-vous eu une infection Covid il y a moins de 3 mois ?		
Avez-vous été vacciné(e) contre la grippe il y a moins de 3 semaines ?		
Avez-vous déjà eu un choc anaphylactique à la prise d'un médicament ?		
Avez-vous déjà eu des réactions allergiques sévères ?		
Avez-vous une pathologie respiratoire sur un terrain allergique ?		
Avez-vous une infection sévère en cours, avec forte fièvre et symptômes intenses ?		
Prenez-vous des anticoagulants ?		
Avez-vous un trouble sévère de la coagulation ?		
Prenez-vous un traitement immunosuppresseur, y compris des corticoïdes à forte dose ?		
Avez-vous une immunodépression sévère ?		

Je certifie l'exactitude des informations reportées ci-dessus.

Date :

Signature :

Centre de Vaccinations Saint-Jean
Formulaire de pré-vaccination anti-Covid



Exemplaire à conserver par le patient
à apporter à chaque étape de la vaccination

Identification du prescripteur :

Nom :

N° RPPS :

Prénom :

N° AM/FINESS :

Eligibilité à la Vaccination :

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné :

Nom Patient :

Prénom Patient :

Et confirme que ce patient est éligible à la vaccination.

Date :

Signature :

Le patient éligible, ou son représentant légal, a accepté d'entrer dans le processus
de vaccination après avoir reçu toutes les informations nécessaires à son choix
éclairé.

L'organisation, la traçabilité et le suivi de la vaccination contre la Covid-19 nécessitent la mise en œuvre d'un traitement de données dénommé « SI Vaccin Covid » par l'Assurance Maladie et la Direction Générale de la Santé. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition sur une partie du traitement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données, rendez-vous sur le site d'information ameli.fr.