

NOM : ..... Prénom : .....  
NOM DE JEUNE FILLE : ..... DATE DE NAISSANCE : ..... / ..... / .....  
FONCTION EXERCÉE : ..... Site :  Annecy  Saint-Julien  Autre (précisez).....

<input type="checkbox"/> Personnel médical	<input type="checkbox"/> Personnels non médicaux filière soignante (sage-femme, infirmier, aide-soignante, masseur-kinésithérapeute...)
<input type="checkbox"/> Internes, étudiants en santé	<input type="checkbox"/> Personnels non médicaux (filiale administrative, socio-éducative, médicotechnique et ouvrière)

**ANTÉCÉDENTS :**

Avez-vous eu un contact à risque il y a moins de 14 jours ? :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous eu la COVID-19 ? > Si oui, précisez : la date..... / ..... / ..... le test utilisé : <input type="checkbox"/> RT PCR <input type="checkbox"/> TEST ANTIGÉNIQUE	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**PRÉCAUTIONS ÉVENTUELLES :**

Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà présenté une réaction anaphylactique (oedème de Quincke, urticaire géant, choc suite à une exposition de produit, ...) > Si oui, précisez le contexte :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Souffrez-vous actuellement d'une infection aigüe avec de la fièvre ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Suivez-vous actuellement un traitement anti-coagulant ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**PRÉSENTEZ-VOUS DES FACTEURS DE RISQUES ? :**  OUI  NON **Si oui, lesquels : \***

<input type="checkbox"/> âge $\geq$ 65 ans	<input type="checkbox"/> cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie)
<input type="checkbox"/> diabète non équilibré ou compliqué	<input type="checkbox"/> cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins
<input type="checkbox"/> insuffisance rénale chronique dialysée	<input type="checkbox"/> immunodépression congénitale ou acquise
<input type="checkbox"/> obésité avec indice de masse corporelle (IMC) $>$ 30	<input type="checkbox"/> syndrome dépanocytaire majeur ou antécédent de splénectomie
<input type="checkbox"/> maladies du motoneurone, myasthénie grave, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, paralysie cérébrale, quadriplégie ou hémiplégié, tumeur maligne primitive cérébrale, maladie cérébelleuse progressive.	
<input type="checkbox"/> pathologies cardio-vasculaires : hypertension artérielle (HTA) compliquée (avec complications cardiaques, rénales et vasculo-cérébrales), antécédent d'accident vasculaire cérébral, antécédent de coronaropathie, antécédent de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV	
<input type="checkbox"/> pathologies respiratoires chroniques susceptibles de décompenser lors d'une infection virale : broncho pneumopathie obstructive, asthme sévère, fibrose pulmonaire, syndrome d'apnées du sommeil, mucoviscidose notamment	
<input type="checkbox"/> Cas particuliers des maladies rares - Par principe de précaution, les maladies rares, pouvant exposer les patients à une forme grave de Covid-19 doivent également être considérées comme des facteurs de risque, bien que n'ayant pas été évaluées, du fait d'un lien potentiel avec les pathologies citées ci-dessus.	

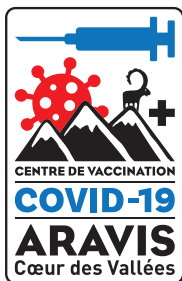
\* **Référence** : actualisation de la liste des facteurs de risque de forme grave de COVID-19, 29 octobre 2020, HCSP

**DEMANDE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ :**

Tout type de vaccination peut engendrer des réactions locales (douleurs, rougeurs...) ou des réactions générales (fièvre, malaise, fatigue, manifestations allergiques...). Ces réactions sont le plus souvent bénignes et disparaissent spontanément.

J'ai reçu et compris les informations concernant cette vaccination A....., le ..... / ..... / .....  Signature :
---

Nom et signature du vaccinateur
---------------------------------



Procédure vaccination COVID-19 avec le vaccin AstraZeneca  
dans l'attente de l'arrivée du logiciel VAC-SI (Version 24/12/2020)

**PATIENT**

NOM	
Prénom	
Date de naissance	
N° de Sécurité Sociale	

**Consultation pré-vaccinale**

**Identification du médecin**

NOM	
Prénom	
Numéro RPPS	

**Information des bénéfices / risques de la vaccination**

OUI

NON

**Identification des contre-indications temporaires ou définitives**

Allergie grave au composant du vaccin

Grossesse

**Antécédents**

**Traitements en cours**

Anti-coagulant

Traitement immuno-suppresseur

Chimiothérapie

Autre : .....

**Facteurs de risque**

Âge  $\geq$  65 ans

Obésité (IMC > 30)

Cancer évolutif

Maladie neurologique

Cirrhose au stade B

Maladies rares

Diabète non équilibré ou compliqué

Pathologies cardio-vasculaires

Insuffisance rénale chronique dialysée

Pathologies respiratoires chroniques

Immunodépression congénitale ou acquise

Syndrome drépanocytaire majeur ou antécédent de splénectomie

Recueil du consentement :

Date :