

Questionnaire avant une vaccination Grippe ou COVID

NOM : Prénom :
Matricule :
Date de naissance :
Fonction : Service :

Avez-vous déjà eu une réaction grave :

- lors d'une des injections précédentes de vaccin COVID ? oui ☐ non ☐
- lors d'une injection du vaccin antigrippal ? oui ☐ non ☐

Avez-vous une allergie connue :

Si OUI laquelle ? _____

Avez-vous actuellement une myocardite ou une péricardite ? oui ☐ non ☐

-
- **Si toutes les réponses sont non, vous pouvez recevoir les vaccins COVID et/ou Grippe.**

Les deux injections peuvent être pratiquées le même jour, sur deux sites d'injection distincts (les 2 bras par exemple) et il n'y a pas de délai à respecter entre les deux.

- **Si une des réponses est oui : une consultation avec un médecin est nécessaire**
- **Si vous avez eu le COVID ou une vaccination COVID il y a moins de 6 mois, il faut reporter la vaccination COVID (réduit à 3 mois pour les personnes immunodéprimées)**

Si vous prenez des anticoagulants, l'injection peut être faite en IM mais il y a un risque d'hématome et il faut exercer une pression ferme au point d'injection sans masser ni frotter pendant au moins 2 minutes.

La grossesse n'est pas une contre-indication à la vaccination COVID ou Grippe, au contraire : les femmes enceintes font en effet des formes plus graves de COVID ou de grippe.

Date :

Vaccination ce jour ☐

Vaccination à différer ☐

☐ COVID (Pfizer COMIRNATY X.F.G)

N° de lot :

☐ Dt ☐ G

☐ Grippe (INFLUVAC)

N° de lot :

☐ Dt ☐ G

☐ Grippe (EFLUELDA)

N° de lot :

☐ Dt ☐ G

Nom/ signature du vaccinateur :