



VACCINATION COVID 19
COVID-19 VACCINE MODERNA®
Fiche vaccinale

15 septembre 2021
Rédaction et validation
Dr PIRONNEAU
et Dr GARIN
V10

A imprimer si possible en recto verso et à amener le jour de la vaccination

REPLISSEZ VOS COORDONNEES

Nom : _____ Prénom : _____
Date de Naissance : / / N° sécurité sociale : _____
N° Téléphone : _____ Adresse mail : _____

Site de vaccination souhaité :

- Saint Martin d'Hères
 La Mure
 Le Bourg d'Oisans

LISEZ ATTENTIVEMENT LES QUESTIONS CI-DESSOUS correspondant au vaccin contre la COVID19 et

COCHEZ TOUTES LES CASES de vos réponses pour vérifier les contrindications et les conditions d'éligibilité :

	OUI	NON
Contre-indications à la vaccination (un « oui » peut exclure et sera discuté avec le médecin)		
Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des 6 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous eu une sérologie positive contre la Covid 19 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous été identifié comme sujet contact à risques COVID dans les 7 derniers jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà présenté une réaction allergique grave lors de vaccinations antérieures ? Avez-vous été hospitalisé à la suite de la première injection ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà présenté une réaction allergique grave à la suite d'une injection de produits de contraste iodés ou lors d'un lavement de préparation coloscopique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu une injection de vaccin ces deux dernières semaines ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour les femmes : grossesse au premier trimestre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Présentez-vous des troubles de la coagulation (traitement anticoagulant ou antiagrégant comme aspirine, PLAVIX, TICLID...) ou maladie (baisse des plaquettes, hémophilie...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je reconnais que la nature exacte de l'acte vaccinal et du vaccin, de ses risques et ses avantages m'ont été expliqués par le vaccinateur, en termes que j'ai compris, et qu'il a été répondu de manière satisfaisante aux questions que j'ai posées. Je consens donc à me faire vacciner ce jour contre la COVID 19 et à ce que les informations médicales me concernant soient saisies dans VACCIN COVID.

Date

Signature du salarié : (ou du représentant légal)

Amener les résultats des tests Covid positifs le jour de la vaccination

Nom : Prénom :
Date de Naissance : / / N° sécurité sociale :
N° Téléphone : Adresse mail :

Partie destinée au personnel médical

VALIDATION MEDICALE NON OUI

Prescription d'antihistaminiques : NON OUI

Nom et signature du prescripteur :

Date :

Moderna

1^{ère} injection

2^{ème} injection

Injection unique (infection Covid récente documentée)

Rappel 3^{ème} injection

REALISATION DE LA VACCINATION COVID 19 PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE

Référence : Date : / / 2021

COVID-19 Vaccin Moderna

Heure de l'injection :

N° de lot :

Nom et signature du vaccinateur :

Site d'injection : deltoïde DROIT
deltoïde GAUCHE
autre

SURVEILLANCE

Nom et signature du responsable de la sortie :

Absence de réaction

Saisie dans VACCIN COVID

Saisie dans Préventiel