

## FORMULAIRE 1ère INJECTION

NOM :

NOM MARITAL :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : / / / / / /

Êtes-vous concerné(e) par (cocher SVP) :

Une allergie ayant déjà entraîné une réaction grave nécessitant des soins d'urgence :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Une grossesse ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Un état de santé <u>actuellement</u> instable ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Une IMMUNO-DEPRESSION (problème du système immunitaire) à cause d'une maladie ou d'un traitement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Une anomalie de la coagulation liée à une maladie ou un traitement ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Un vaccin au cours des 14 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Êtes-vous cas contact d'une personne atteinte de la covid-19 ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous déjà été contaminé par la covid-19 ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Le .....

Signature du patient : .....



Entretien pré-vaccinal :	Signature du soignant :
--------------------------	-------------------------

<b>Injection IM :</b> <input type="checkbox"/> BD <input type="checkbox"/> BG <input type="checkbox"/> Autre :	<b>HEURE d'injection :</b>  	Signature du soignant :
---	------------------------------------	-------------------------

<b>Informations importantes complémentaires :</b> <input type="checkbox"/> INJECTION UNIQUE <input type="checkbox"/> Personnel de santé <input type="checkbox"/> 3 <sup>ème</sup> INJECTION à prévoir	<p align="center"><b>Étiquette vaccin</b> <b>à coller ici</b></p>
--	---