

FORMULAIRE 2ème INJECTION

NOM :

NOM MARITAL :

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE :

NUMERO DE SECURITE SOCIALE : / / / / / /

Êtes-vous concerné(e) par l'une des situations suivantes (cocher SVP) :

Depuis la première injection, votre état de santé ou traitement a-t-il changé ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Un état de santé <u>actuellement</u> instable ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Un vaccin au cours des 14 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Avez-vous été atteint du COVID ou cas contact depuis la première injection ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Effets indésirables suite à l'injection précédente :

Le

Signature du patient :



Entretien pré-vaccinal : <input type="checkbox"/> Anti-coagulants*	Signature du soignant :
--	-------------------------

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

<u>Informations importantes complémentaires :</u> <input type="checkbox"/> Personnel de santé <input type="checkbox"/> 3 ^{ème} INJECTION à prévoir	<u>Étiquette vaccin</u> à coller ici
---	---

*Principaux anti-coagulants : Pradaxa (dabigatran), Xarelto (rivaroxaban), Eliquis (apixaban), Sintrom (acénocoumarol), Coumadine (warfarine), Préviscan (indanedione, fluindione)