

Vaccination contre la Covid-19

Fiche consultation & traçabilité vaccinale

12-17 ANS

*Exemplaire à apporter à chaque
étape de la vaccination*

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____ Etablissement : _____	Numéro de sécurité sociale : _____ <i>(représentant légal)</i> Numéro de téléphone : _____ <i>(enfant)</i>
Représentant légal :	Nom et prénom : _____ Numéro de téléphone : _____

Questionnaire pré vaccinal ?

Flèvre ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Antécédents COVID-19 Si oui, date : _____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Antécédents de réactions sévères à l'administration d'un médicament, alimentaires ou lors de piqûres d'insectes ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Contact rapproché avec une personne COVID dans les 10 derniers jours ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Allergie connue ? Si oui, laquelle : _____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Vaccination récente ? (moins de 3 semaines)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Traitement médicamenteux en cours ? Si oui, lequel : _____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	Grossesse ? <i>(cocher NA pour garçons et non pubère)</i>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maladie chronique ? si oui, laquelle: _____	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non			

Je soussigné(e), certifie que :

- l'enfant a reçu les informations sur le vaccin et celui-ci a accepté la vaccination Date : _____
- celui-ci est éligible à la vaccination au regard des critères Signature : _____
- absence de contre indication
- attestation parentale valide (obligatoire pour mineurs de 12 à 15 ans)

Vaccin COMIRNATY® Pfizer BioNTech

	1 ^{ère} injection	2 ^{ème} injection	3 ^{ème} injection (si éligible)
Date			
N° lot			
DLU			
Site d'injection <i>(DG, DD, autre)</i>			
Administré par (Nom, prénom)			

L'organisation, la traçabilité et le suivi de la vaccination contre la Covid-19 nécessitent la mise en œuvre d'un traitement de données dénommé « Si Vaccin Covid » par l'Assurance Maladie et la Direction Générale de la Santé. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition sur une partie du traitement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données, rendez-vous sur le site d'information ameli.fr.

Pour plus d'informations sur la vaccination : <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/vaccination-contre-la-covid-19-le-point-sur-la-strategie-et-les-vaccins>

Conduite à tenir en fonction des réponses au questionnaire

Infections en cours ?	Report de la vaccination
Cas contact SARS-COV-2 depuis moins de 10 jours	
Antécédents de réactions anaphylactiques ?	Pas de vaccination ou évaluer avec le médecin traitant le rapport bénéfice/risque
antécédent d'allergie documentée à un des composants du vaccin en particulier polyéthylène-glycols et par risque d'allergie croisée aux polysorbates	Pas de vaccination avant avis allergologue
syndrome inflammatoire multi systémique pédiatrique (PIMS) post-covid-19	Pas de vaccination
Grossesse ?	Vaccination recommandée quelquesoit le stade 1 ^{er} trimestre : possibilité de décaler la vaccination au 2 ^{ème} trimestre
Vaccination de moins de 3 semaines	Report de la vaccination si moins de 3 semaines depuis la dernière vaccination
Traitement anticoagulant en cours ?	Vaccination avec compression pendant 1 à 2 minutes du site de vaccination
Antécédents COVID-19	Vaccination avec dose unique Vaccination préférable 6 mois après le début des symptômes. Si besoin devacciner plus tôt, respecter un délai minimum de 2 mois après le début des symptômes et de ne pas vacciner en présence de symptômes persistants
survenue d'un effet indésirable d'intensité sévère ou grave attribué à la première dose de vaccin signalé au système de pharmacovigilance (par exemple: la survenue de myocardite, de syndrome de Guillain-Barré...).	Pas de 2 ^{ème} dose
Myocardites ou péricardites évolutives	Pas de vaccination- avis cardiologue

Suivi des Effets indésirables

	1 ^{ère} injection		2 ^{ème} injection	
Douleur au point d'injection	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Fièvre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Maux de tête	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Douleurs musculaires	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Autres :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

