

1 Remplissez les coordonnées ci-dessous :

NOM : NJF :
 Prénom : Date de naissance :
 Personnel CHU Personnel autre Si autre, précisez la structure :
 Fonction : Service :
 N° de Sécurité Sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| (15 chiffres) N° de téléphone :
 1er rendez-vous 2nd rendez-vous

2 Avez-vous un / des facteurs de risque suivant de forme grave de COVID : oui non

- âge > 50 ans,
 - ou une des comorbidités suivantes : obésité (IMC ≥ 30) ; BPCO ou insuffisance respiratoire ; hypertension artérielle compliquée ; insuffisance cardiaque ; diabète (de type 1 ou de type 2) ; insuffisance rénale chronique ; cancer ou maladie hématologique maligne en cours ou il y a moins de 3 ans ; transplantation d'organe solide ou greffe de cellules souches hématopoïétiques ; trisomie 21 ; formes graves des affections neurologiques et musculaires ; déficit immunitaire primitif-syndrome drépanocytaire majeur ou antécédent de splénectomie ; cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ; immunodépression acquise médicamenteuse (chimiothérapie anticancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive).

3 Avez-vous pris connaissance des notes d'information « Vaccination COVID » ? oui non

4 CONTRE-INDICATIONS EVENTUELLES (Lisez attentivement les questions ci-dessous) : ⇔ QUESTIONS ORIENTANT VERS UNE CONSULTATION MEDICALE	OUI	NON
Souffrez-vous actuellement d'une infection aiguë avec fièvre élevée ? ⇒ <i>Si oui, vous pouvez différer la vaccination COVID de 14 jours et consulter votre médecin traitant.</i>		
Avez-vous reçu une injection de vaccin depuis moins de 14 jours ? ⇒ <i>Si oui, vous pouvez différer la vaccination COVID de 14 jours après l'injection.</i>		
Prenez-vous actuellement un traitement immunosuppresseur ? (Cf. Paragraphe 6 ci-dessous) ⇒ <i>Merci d'apporter votre ordonnance.</i>		
Présentez-vous un déficit immunitaire, une maladie dysimmunitaire ou auto-immune ? (Cf. Paragraphe 6 ci-dessous)		
Avez-vous pris un traitement corticoïde par voie orale et/ ou intraveineuse (cortisone et dérivés) pendant les 3 derniers mois ?		
Avez-vous déjà eu une allergie grave (œdème laryngé, détresse respiratoire, choc anaphylactique) ?		
Avez-vous besoin d'avoir de l'adrénaline sur vous (Anapen, Epipen) ?		
Avez-vous une hypersensibilité / allergie à un médicament contenant du : - Polyéthylène Glycol (PEG) (Macrogol, interférons pegylés, facteurs de croissance hématopoïétiques pegylés, naloxone pegylée, etc.) ; - Polysorbate.		
Présentez-vous un risque hémorragique (hémophilie, thrombopénie < 50 000 plaquettes / mm ³ ...) autre que la prise d'un traitement antiagrégant ou anticoagulant dans les cibles thérapeutiques habituelles ?		
Si vous êtes une femme : - Êtes-vous enceinte ? - Allaitiez-vous ?		
Avez-vous déjà eu la COVID (diagnostic documenté) au cours des 3 derniers mois ?		
Avez-vous des signes évocateurs de COVID actuellement ? ⇒ <i>Si oui, consultez votre médecin traitant et différez le rendez-vous de vaccination COVID.</i>		
Avez-vous été identifié(e) comme sujet contact d'un cas de COVID au cours des 14 derniers jours ?		

