

SERVICE DE SANTE AU TRAVAIL		
RESS-00640-FO-0001 Doc. lié en amont : Notice fabricant	Version 3	08/01/2021
VACCINATION COVID19 <b>COMIRNATY® (BIONTECH - PFIZER) - Feuille de traçabilité</b>		

① Remplissez vos coordonnées ci-dessous,

Nom - prénom :

Date de naissance :

Service :

Grade :

N° Sécurité Sociale :

② Lisez attentivement les questions ci-dessous correspondant au vaccin contre la COVID19 (COMIRNATY®) et cochez les cases de vos réponses :

	NON	OUI
- Avez-vous présenté un COVID (PCR Positive) depuis moins de 3 mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous actuellement des signes pouvant évoquer un COVID ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Etes-vous sujet contact d'un COVID depuis moins de 7 jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous présenté des réactions locales ou générales aux vaccinations antérieures ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous reçu une injection de vaccin depuis moins de 21 jours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Pour les femmes : grossesse ou allaitement en cours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Actuellement, souffrez-vous d'une maladie aiguë ou d'un état fébrile ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Présentez-vous une <u>allergie documentée par un allergologue</u> au :		
- ALC-0315 ((4-hydroxybutyl)azanediyl)bis(hexane-6,1-diyl)bis(2-hexyldecanoate) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ALC-0159 (2-[(polyéthylène glycol)-2000]-N,N-ditétradécylacétamide) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- DSPC (phospholipide)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Etes-vous en cours de poussée allergique (asthme, eczéma) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Avez-vous déjà présenté un œdème de Quincke ou un choc anaphylactique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Etes-vous atteint(e) d'une affection maligne évolutive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Présentez-vous un déficit immunitaire (HIV, Hodgkin...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Prenez-vous un <i>traitement anticoagulant ou antiagrégant</i> (aspirine, PLAVIX®, TICLID®, ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(SI OUI, injection intramusculaire exclusivement, à discuter)

Signature :

**Si vous avez coché une réponse « oui »,  
la vaccination n'est pas possible immédiatement.  
Présentez-vous avec cette feuille au Service de Santé au Travail pour un avis médical**

③ Pour Information (vaccination possible)

Prise de traitement corticoïde ou immuno-suppresseur au long cours (possible baisse d'efficacité du vaccin).

④ Réalisation de la vaccination par le professionnel de santé

Date de la vaccination : ..... / ..... / 2021

Numéro de lot : .....

Site d'injection : deltoïde DROIT  ; deltoïde GAUCHE  ; autre

Grade, Nom et Signature du vaccinateur :

⑤ Si vous présentez un effet secondaire, prenez rendez-vous au 53825

⑥ Constantes :

TA :

Pouls :

Température :