AMBASSADE DE FRANCE À MADAGASCAR *Liberté Égalité Fraternité*	IMPRIME **COVID-19 - Questionnaire pré-vaccinal -*Vaccin Janssen*** Campagne de vaccination de Madagascar	Version du 30 avril 2021

❶ Remplissez les coordonnées ci-dessous :

NOM : ..... ☐ F ☐ M

Prénom : ..... Date de naissance : .....

Nationalité : …….. N° de téléphone : .....

Ville de résidence : ..... Quartier de résidence : .....

N° de Sécurité Sociale : I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I I__I (à remplir par les Français uniquement)

❷ Avez-vous pris connaissance de la fiche d'information « Vaccination COVID » ? **oui** ☐ **non** ☐

❸ CONTRE-INDICATIONS EVENTUELLES *(Lisez attentivement les questions ci-dessous) :* **⇔ QUESTIONS ORIENTANT VERS UNE CONSULTATION MEDICALE**	**OUI**	**NON**
Avez-vous actuellement de la fièvre (>38°C) ? ⇨ *Si oui, vous pouvez différer la vaccination COVID de 14 jours et consulter votre médecin traitant.*		
Avez-vous des antécédents d'allergie grave (œdème laryngé, détresse respiratoire, choc anaphylactique, antécédent d'usage d'adrénaline/Anapen) ou d'hypersensibilité à certaines substances/médicaments ou avec d'autres vaccins ?		
Si vous êtes une femme de moins de 50 ans: - Êtes-vous enceinte ? - Allaitez-vous ?		
Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ? ⇨ *Si oui, différer la vaccination COVID de 14 jours après l'injection*		
Avez-vous déjà eu la COVID (diagnostic documenté) au cours des 3 derniers mois ? ⇨ *Si oui, différer la vaccination COVID de 3 mois suivant la date de l'épisode COVID.*		
Avez-vous des **signes évocateurs de COVID** actuellement (fièvre, frissons, toux, nez qui coule, fatigue ou maux de tête inhabituels, douleurs musculaires, perte de goût, perte d'odorat) ? ⇨ *Si oui, consulter votre médecin traitant et différer le rendez-vous de vaccination COVID.*		
Avez-vous été identifié(e) comme **sujet contact d'un cas de COVID** au cours des 14 derniers jours ? ⇨ *Si oui, la vaccination doit être différée. Revoir la date de vaccination avec votre médecin traitant.*		

❹ QUESTIONS ORIENTANT VERS DES PRECAUTIONS DE PRISE EN CHARGE	**OUI**	**NON**
Prenez-vous actuellement un traitement immunosuppresseur (dont corticoïdes)? *(Voir Paragraphe ❺)* ➔ *Merci d'apporter votre ordonnance*		
Présentez-vous un déficit immunitaire, une maladie dysimmunitaire ou auto-immune ? *(Voir Paragraphe ❺)*		
Présentez-vous un risque hémorragique (hémophilie, thrombopénie < 50 000 plaquettes / mm^3 …) ?		
Prenez-vous un traitement anticoagulant ? anti vitamine K (AVK), AOD (eliquis xarelto pradaxa) ou HPBM (Innohep, Fraxodi, Lovenox, Fragmine, Fraxiparine) ? ➔ *Merci d'apporter votre ordonnance* ⇨ *Si oui, 3 minutes de compression par l'IDE*		
Prenez-vous un traitement par béta-bloquants ? ⇨ *Si oui, le traitement d'une éventuelle allergie serait différent.*		

❺ POUR INFORMATION

La vaccination est possible pour les personnes immunodéprimées ou sous corticoïdes ou immunosuppresseurs mais l'efficacité du vaccin peut être moindre. La vaccination devra être décalée en cas de déséquilibre ou de poussée.

❻ Si vous présentez un effet secondaire, consultez votre médecin traitant.

J'atteste de l'exactitude des renseignements médicaux ci-dessus et avoir reçu une information claire concernant la vaccination, ses risques et ses bénéfices. Je souhaite être vacciné(e) et je donne mon accord pour la pratique du vaccin anti-Covid-19.

Date et signature :

Vous vous engagez à imprimer et pré-renseigner ce document qui vous sera demandé le jour de la vaccination. Des exemplaires seront également disponibles au centre de vaccination mais vous devez vous les procurer à l'avance de votre rendez-vous en vous rendant sur place .

PARTIE RESERVEE A L'EQUIPE DE VACCINATION

À COMPLETER A L'ACCUEIL DE LA PERSONNE A VACCINER :

☐ **Personne éligible à la vaccination** si ensemble des cases du tableau ❸ cochées NON ➔consultation infirmière

⇔ ***Document faisant office de prescription***

☐ **Si au moins une case du tableau ❸ ou du tableau ❹ cochée OUI** ➔avis médical nécessaire

À COMPLETER PAR LE MEDECIN *(si nécessaire)* :

NOM du médecin : .....

Conclusion

☐ Vaccination ce jour

☐ Vaccination ce jour avec précaution particulière :

☐ Point de compression 3 min ☐ Surveillance allongée : I___I min ☐ Autre :……..

⇔ ***Document faisant office de prescription***

☐ Vaccination à différer, préciser quand : ……

☐ Non éligible à la vaccination

Signature du médecin :

REALISATION DE LA VACCINATION PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTE :

Date de la vaccination : I___I / I___I / 2021

Heure de la vaccination : I___I H I___I

Effets secondaires précoces dans les 15 min suivant l'heure de la vaccination ☐ OUI ☐ NON

⇨ Si non : Sortie autorisée 15min après en l'absence de contre-indication.

⇨ Si oui: lesquels ? …….

Remplir déclaration pharmacovigilance

⇨ Besoin de référence médicale ☐ OUI Où? ……. ☐ NON

NOM et signature du vaccinateur :

Voie IM

Site d'injection : ☐ Deltoïde DROIT

☐ Deltoïde GAUCHE

N° de lot : ……

Date de préparation : I___I / I___I / 2021

Heure de préparation : I___I H I___I

Date de péremption : I___I / I___I / 2021

Heure de péremption : I___I H I___I