

## Questionnaire de pré-vaccination contre la COVID-19

<b>NOM</b>	<b>Prénom</b>
<b>Numéro de sécurité sociale :</b>	<b>Age</b>
<b>Service d'affectation</b>	<b>Fonction</b>

Êtes-vous cas contact avec une personne COVID avéré dans les 7 derniers jours (contact sans les mesures de distanciation sociale) et/ou avez-vous actuellement des signes pouvant évoquer la COVID ?

non       oui

**Si oui : merci de vous isoler immédiatement** et de suivre les recommandations de test concernant la population générale. Vous ne pourrez pas être vacciné aujourd'hui.

	oui	non
Avez-vous fait la maladie COVID <u>avec</u> des symptômes ? Si oui, merci de préciser la date de la PCR ou du test antigénique positif (< ou > 3 mois) :		
Avez-vous un/des facteurs de risque de forme grave de COVID ? <b>Si oui</b> merci de préciser le(s)quel(s) <input type="checkbox"/> Obésité (IMC > 30) <input type="checkbox"/> BPCO et/ou insuffisance respiratoire <input type="checkbox"/> hypertension artérielle compliquée <input type="checkbox"/> insuffisance cardiaque <input type="checkbox"/> diabète <input type="checkbox"/> insuffisance rénale chronique <input type="checkbox"/> cancers et maladies hématologiques malignes actifs ou < 3 ans <input type="checkbox"/> transplantation d'organes ou de cellules souches hématopoïétiques <input type="checkbox"/> traitement immunosuppresseur, si oui le(s)quel(s) _____ <input type="checkbox"/> Autre _____		
Avez-vous déjà fait une allergie <u>grave</u> ? <b>Si oui</b> , merci de préciser <input type="checkbox"/> Œdème de Quincke, préciser l'allergène _____ <input type="checkbox"/> choc anaphylactique, préciser l'allergène _____ <input type="checkbox"/> urticaire (éruption et démangeaisons immédiates), préciser l'allergène _____ <input type="checkbox"/> prescription d'un stylo auto injectable d'adrénaline pour : _____		
Si vous êtes une femme : êtes-vous enceinte ?		
Avez-vous une maladie de l'hémostase ou prenez-vous un traitement anticoagulant ? Si oui : merci de préciser la maladie et/ou les médicaments		
Avez-vous reçu un vaccin dans les 2 dernières semaines ?		
Je m'oppose au traitement informatique des données administratives concernant la vaccination COVID		

Fait à Versailles, le

(Signature)