

| | |
|---|---------------------|
| Prénom et Nom : | |
| Date de naissance : | Lieu de naissance : |
| Adresse : | Téléphone : |
| Carte sanitaire (si disponible) Numéro d'identification fiscale | |

J'ai lu, j'ai reçu des explications dans une langue que je connais, et j'ai bien compris la Fiche d'information rédigée par l'Agence italienne du médicament (AIFA) sur le vaccin : «

J'ai signalé au Médecin les maladies, actuelles et/ou antérieures, et les thérapies en cours. J'ai pu poser des questions sur le vaccin et sur mon état de santé ; j'ai obtenu des réponses complètes que j'ai comprises. J'ai reçu les informations avec des mots clairs. J'ai compris les bénéfices et les risques de la vaccination, les modalités et les alternatives thérapeutiques, ainsi que les conséquences d'un refus de me faire vacciner ou de recevoir la deuxième dose de vaccin, si elle est prévue.

Je suis conscient(e) qu'en cas d'effets secondaires, je devrai en informer immédiatement mon médecin traitant et suivre ses indications.

J'accepte de rester dans la salle d'attente pendant au moins **15 minutes** après l'administration du vaccin pour vérifier que je ne présente pas de réaction immédiate.

| | |
|---|--|
| J'ACCEPTÉ ET AUTORISE l'administration du vaccin | JE REFUSE l'administration du vaccin |
| Date et lieu : | Date et lieu : |
| Signature de la personne recevant le vaccin ou de son Représentant légal | Signature de la personne refusant le vaccin ou de son Représentant légal |
| Information des proches des personnes incapables d'exprimer leur consentement (loi n° 6 du 29 janvier 2021) | |
| <input type="checkbox"/> Le patient est incapable d'exprimer un consentement valable. Afin de protéger sa santé, compte tenu de l'indication à la vaccination, la décision de procéder à la vaccination anti-Covid-19 est partagée avec l'accompagnant identifié. <i>cfr Formulaire Prise de décision partagée de la proposition de vaccination contre la COVID-19 avec un proche</i> | |
| Date et lieu : Signature du Proche : | |

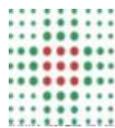
Professionnels de santé de l'équipe de vaccination

| | |
|--|--|
| 1. Prénom nom et fonction | 2. Prénom nom et fonction |
| Je confirme que la personne a donné son consentement à la vaccination, après avoir été correctement informée Signature : | Je confirme que la personne a donné son consentement à la vaccination, après avoir été correctement informée Signature : |

La présence d'un deuxième professionnel de santé est utile mais pas indispensable en cas de vaccination à domicile ou dans un contexte logistique-organisationnel critique

Détails opérationnels de la vaccination

| | Site d'injection | | Lot n° | Date d'expiration | Lieu de vaccination | Date et heure | Signature du professionnel de santé |
|-----------------------------|------------------|-------------|--------|-------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------|
| 1^{ère} dose | Bras droit | Bras gauche | | | | | |
| 2^{ème} dose | Bras droit | Bras gauche | | | | | |



VACCINATION ANTISARS-CoV-2/COVID-19 TRIAGE AVANT LA VACCINATION

À remplir par le patient et à examiner avec les professionnels vaccinateurs

| Prénom et nom : | | Téléphone : | | |
|---|--|---|-----|----------------|
| Date et lieu de naissance : | | | | |
| ANAMNÈSE | | OUI | NON | Je ne sais pas |
| Êtes-vous actuellement malade ? | | | | |
| Avez-vous de la fièvre ? | | | | |
| Êtes-vous allergique au latex, à un aliment, à un médicament ou à un composant du vaccin ? Si oui, précisez : | | | | |
| Avez-vous déjà présenté une réaction allergique grave après avoir reçu un vaccin ? | | | | |
| Souffrez-vous d'une maladie cardiaque ou pulmonaire, d'asthme, d'une maladie rénale, de diabète, d'anémie ou d'autres affections sanguines ? | | | | |
| Votre système immunitaire est-il affaibli ? (Exemple : cancer, leucémie, lymphome, VIH/SIDA, transplantation) | | | | |
| Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pris des médicaments qui affaiblissent le système immunitaire (exemple : cortisone, prednisone ou autres stéroïdes) ou des médicaments anticancéreux, ou avez-vous suivi des traitements de radiothérapie ? | | | | |
| Au cours de l'année écoulée, avez-vous reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins, ou des immunoglobulines (Gamma) ou des médicaments antiviraux ? | | | | |
| Avez-vous eu des crises d'épilepsie ou des problèmes au niveau du cerveau ou du système nerveux ? | | | | |
| Avez-vous reçu d'autres vaccinations au cours des 4 dernières semaines ? Si oui, laquelle ou lesquelles ? | | | | |
| Prenez-vous des médicaments anticoagulants ? | | | | |
| Veuillez préciser ci-après les médicaments, ainsi que les compléments alimentaires naturels, les vitamines, les minéraux ou les médicaments alternatifs que vous prenez : | | | | |
| POUR LES FEMMES : | | OUI | NON | Je ne sais pas |
| Êtes-vous enceinte ou pensez-vous l'être dans le mois qui suit la première ou la deuxième injection ? | | | | |
| Allaitez-vous ? | | | | |
| ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX LIÉS À LA COVID | | OUI | NON | Je ne sais pas |
| Au cours du mois dernier, AVEZ-VOUS ÉTÉ en contact avec une personne infectée par le Sars-CoV2 ou malade de COVID-19 ? | | | | |
| Présentez-vous l'un des symptômes suivants ? | | | | |
| - Toux/rhume/fièvre/dyspnée ou symptômes grippaux | | | | |
| - Mal de gorge/perte de l'odorat ou du goût | | | | |
| - Douleur abdominale/diarrhée | | | | |
| - Ecchymoses anormales ou saignements/rougeurs des yeux | | | | |
| Avez-vous effectué un voyage international au cours du mois dernier ? | | | | |
| TEST COVID-19 | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pas de test COVID-19 récent | | | | |
| <input type="checkbox"/> Test COVID-19 négatif (Date :)) | | | | |
| <input type="checkbox"/> Test COVID-19 positif (Date :)) | | | | |
| <input type="checkbox"/> En attente du test COVID-19 (Date :)) | | | | |
| Veuillez signaler toute autre maladie ou information utile sur votre état de santé : | | | | |
| Date et lieu | | Signature du patient ou de son Représentant légal | | |