

Nom de naissance:.....
 Nom d'Usage (si différent).....
 Prénom :..... N° S.Sociale :.....
 Sexe M / F DDN :...../...../..... Tel :..... Email :.....

Consultation pré-vaccinale COVID

- ❖ Consultation pré-vaccinale faite le :/...../..... par Dr _____ déléguant à _____
- ❖ **Pro CHU prioritaire ?** : oui non (si **Non = exclure si « non prioritaire »**)
- ❖ **Personnes prioritaires Pro prioritaire Age ≥ 50 ans ?** : oui non **Comorbidités fragilisantes pour la COVID ?** : oui non
 - Dialysés ou Insuffisants rénaux stade 4 Obésité morbide (IMC > 30)
 - Maladies Cardio-Vasculaires compliquées: (Insuffisance cardiaque évoluée Hypertension artérielle compliquée Antécédent d'infarctus ou d'angine de poitrine Chirurgie cardiaque)
 - Diabétiques compliqués ou mal équilibrés Obésité (indice de masse corporelle >30).
 - Cirrhose stade B ou C Syndromes drépanocytaires majeurs (SS, SC, SBeta)
 - Maladies respiratoires chroniques : (BPCO Emphysème Asthme sévère Mucoviscidose Autres.....)
 - Syndromes drépanocytaires majeurs (SS, SC, SBeta) Splénectomisés
 - Immunodépresseurs congénitaux ou acquisés: ' Chimiothérapie Immunosuppresseurs Biothérapie
 - Corticothérapie au long cours Infection par le VIH avec CD4 <200/mm³ Greffés Déficits Immunitaires familiaux)
 - Cancers solides / sang évolutifs ou de moins de 3 ans Maladies neurologiques évolutives type: SEP Myasthénie Parkinson
- ❖ **Consentement patient ?** : oui non
- ❖ **Anticoagulants ou troubles de l'hémostase ?** : oui non
Attention si anticoagulant : toujours vacciner dans le deltoïde, comprimer plusieurs minutes (>2') sans masser ni frotter et surveiller la zone au décours
- ❖ **Existence d'une contre-indication allergique à la vaccination ?** oui non
- ❖ Si contre-indication, laquelle ?
 - ATCD allergie grave ayant nécessité soins médicaux urgents ; préciser la nature :
 - ATCD allergie grave avec prescription auto-injection adrénaline ; préciser la nature :
- ❖ **Recommandation de report de la vaccination :** oui non
- ❖ Si recommandation de report, raison ?
 - Femme enceinte et/ou Allaitement**
 - Maladies auto-immunes évolutives en poussée aiguë**
 - Vaccination(s) autre(s) dans les 3 dernières semaines ?** oui non
 Si oui :
 - ⇒ **Recommandation de REPORT à 3 semaines de la précédente vaccination.**
 - Quel(s) vaccin(s) ?
 - Date(s) de réalisation :/...../.....
- ATCD de COVID de moins de 3 mois**
 - ⇒ **REPORT de la vaccination à 3 mois ou plus du début des symptômes**
 - Renseigner la date de la pathologie COVID :
- Contact de Cas COVID positif survenu dans les 2 dernières semaines**
 - ⇒ **REPORT en attendant le retour du test de DEPISTAGE PCR attendu**
- Symptômes inhabituels pendant 2 dernières semaines sans test PCR**
 - ⇒ **Si symptômes évocateurs COVID, indication au DEPISTAGE par PCR et REPORT de la vaccination**
 - Symptômes inhabituels:
 - Mal de gorge Nez qui coule Nez bouché Toux Céphalées inhabituelles Fièvre/ sensation fébrile
 - Frissons Fatigue subite Courbatures Diarrhée Nausées Malaise aigu Confusion Chute
 - Oppression thorax Gêne/difficultés respiratoires inhabituelles Troubles du goût ou de l'Odorat
- ❖ **Décision :**
 - Vaccination** si Oui, Nom du Vaccin :
 - Date 1^{ère} Dose**/...../..... **Bras G / D** N° Lot : **Date 2^{ème} Dose**/...../..... **Bras G / D** N° Lot :
 - Report** de la vaccination avec période prévisionnelle de la vaccination :
 - Contre-indication** à la vaccination