Questionnaire avant une vaccination Grippe / COVID-19

Ce questionnaire est destiné à rechercher les contre-indications vaccinales. **Il fait office de prescription médicale.** Il sera inclus dans votre dossier médical.

Il est important qu’il soit retourné au service de santé au travail afin que le CHU puisse suivre proportion de personnels vaccinés.

**NOM : Prénom : Téléphone :**

**Numéro de sécurité sociale : /\_/\_ \_/\_ \_/\_ \_/\_ \_ \_/\_ \_ \_/ /\_ \_/**

**Date de naissance : Age : ans**

**Fonction : Service :**

**Avez-vous déjà eu une réaction grave :**

* lors d’une des injections précédentes de vaccin COVID ? oui ☐ non ☐
* lors d’une injection antérieure du vaccin antigrippal ? oui ☐ non ☐

**Avez-vous une allergie connue :**

* au PEG, au polysorbate 80, à l’huile de ricin oui ☐ non ☐
* à l’œuf, au poulet oui ☐ non ☐
* aux aminosides ou au trometamol (antibiotiques) oui ☐ non ☐
* au formol ? oui ☐ non ☐

**Avez-vous** actuellement une myocardite ou une péricardite ? oui ☐ non ☐

**Si toutes les réponses sont non, vous pouvez recevoir les vaccins COVID et/ou Grippe.** Les deux injections peuvent être pratiquées le même jour, sur deux sites d’injection distincts (les 2 bras par exemple) et il n’y a pas de délai à respecter entre les deux.

* **Si vous avez eu le COVID ou une vaccination COVID il y a moins de 6 mois, il faut reporter la vaccination COVID**

**Si une des réponses est oui** : prendre rendez-vous en médecine du travail.

Si vous prenez des anticoagulants, l’injection peut être faite en IM mais il y a un risque d’hématome et il faut exercer une pression ferme au point d’injection sans masser ni frotter pendant au moins 2 minutes.

La grossesse n’est pas une contre-indication à la vaccination COVID ou Grippe, au contraire : les femmes enceintes font en effet des formes plus graves de COVID ou de grippe.

Vaccination ce jour ☐ (Date de l’injection :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) Vaccination à différer ☐

Type de vaccin : Voie IM bras

**☐ COVID** (COMIRNATY 30 g) **N° de lot : ☐ Dt ☐ G**

**☐ Grippe N° de lot : ☐ Dt ☐ G**

 **Nom/ signature du vaccinateur :**