

DATE Nom du médecin	Centre de vaccination WITTENHEIM FICHE DE "SUIVI DE VACCINATION" MODERNA	Conservé au secrétariat pour traçabilité DATE
--	---	--

VACCINATION ANTI-CORONAVIRUS

A remplir pour chaque personne vaccinée, à conserver pour le suivi vaccinal (2^{ème} dose) et le suivi des éventuels effets indésirables (pharmacovigilance)

1.Nom Prénom Date de naissance Numéro de sécurité sociale Portable Température frontale
--

2.Antécédents majeurs		
Allergie majeure	☐ Oui	☐ Non
Trouble de la coagulation acquis ou congénital ou Traitement anticoagulant	☐ Oui	☐ Non
Vaccination antigrippale < 4 semaines	☐ Oui	☐ Non
COVID Maladie < 3 mois	☐ Oui	☐ Non
Grossesse/Allaitement	☐ Oui	☐ Non

3. Situation clinique actuelle Traitement majeurs en cours (AINS, corticoïdes, anticoagulants, immunosuppresseurs) pouvant avoir un impact sur la vaccination (moindre efficacité, saignement...)
Symptomatologie présente (pouvant constituer une contre-indication transitoire à la vaccination)

4. Accord du postulant à la vaccination ☐ Oui ☐ Non

5. Vaccin Moderna
