



### Fiche informative / Vaccin Anti- Covid 19(2ème dose)

Nom et Prénom	
Age	
CIN	
Téléphone	
Profil	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Chirurgien-Dentiste <input type="checkbox"/> Pharmacien
Site de vaccination	
Température (Jour de vaccin)	
Après la 1ère dose, avez-vous eu des effets indésirables ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	Si Oui, lesquels : <input type="checkbox"/> Douleur locale <input type="checkbox"/> Fièvre <input type="checkbox"/> Réactions allergiques : <input type="checkbox"/> Signes cardiaques : <input type="checkbox"/> Pic hypertensif, <input type="checkbox"/> Tacchycadie .... <input type="checkbox"/> Vertiges <input type="checkbox"/> Signes digestifs : <input type="checkbox"/> Nausées <input type="checkbox"/> Vomissements <input type="checkbox"/> Diarrhées <input type="checkbox"/> Autres :
Données relatives à l'état de santé	<input type="checkbox"/> Rien à signaler <input type="checkbox"/> Antécédent d' <b>allergie</b> grave à un vaccin ou à un médicament <input type="checkbox"/> Prise d'AVK (Sintrom) ou Anti coagulant oral (Xarelto, autres) : <input type="checkbox"/> Fièvre ou infection en cours <input type="checkbox"/> Pathologie aigue évolutive <input type="checkbox"/> Pathologie chronique décompensée/ ou en poussée <input type="checkbox"/> Grossesse : T1
Décision de vacciner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2ème dose d'Astrazenica : N° de Lot : <input type="checkbox"/> L1 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3 <input type="checkbox"/> L4  Nom du vaccinateur :	Observations :
<b>Appréciation de l'organisation de la campagne de vaccination anti- Covid 19 :</b> <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> A améliorer <input type="checkbox"/> Mauvaise  Propositions :	