



## CENTRE DE VACCINATION D'ENGHIEN-LES-BAINS

(A REMPLIR LISIBLEMENT)

NOM d'usage : .....

NOM de naissance : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

.....

TELEPHONE : .....

MAIL (en majuscule): .....

NUMERO SECURITE SOCIALE : .....

	OUI	NON
Avez-vous reçu un <b>vaccin depuis moins de 2 semaines</b> ?		
Antécédents de <b>choc anaphylactique</b> et/ou œdème de Quincke ?		
<b>Grossesse ?</b>		
<b>Infections aiguës et sévères</b> : en cours avec état clinique altéré (une infection banale en cours, de type angine, gastro-entérite, rhino-pharyngite, otite), diagnostiquées et traitées (par antibiotiques) ne représentent pas une contre-indication en soi à la vaccination. Seul l'état clinique du patient s'il est altéré, peut justifier un report de la vaccination.		
<b>Hyperthermie ?</b>		
<b>Traitement par AVK</b> (Préviscan, Sintrom, Coumadine) : vaccin contre-indiqué si dernier taux INR>3 ou troubles de l'hémostase. Si l'INR est dans la zone thérapeutique, l'IM est possible.		
Infection au <b>SARS COV2 depuis moins de 3 mois</b>		

Je certifie que :

- J'ai reçu les informations propres à un consentement éclairé
- Je suis d'accord pour recevoir la vaccination contre la Covid-19

Signature :

VACCIN PFIZER BioNTec Comirnaty, Lot N° :

Bras Droit  Bras Gauche



# CENTRE DE VACCINATION DE MONTMORENCY

(A REMPLIR LISIBLEMENT)

NOM d'usage : .....

NOM de naissance : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

.....

TELEPHONE : .....

MAIL (en majuscule): .....

NUMERO SECURITE SOCIALE : .....

	OUI	NON
Avez-vous reçu un <b>vaccin depuis moins de 2 semaines</b> ?		
Antécédents de <b>choc anaphylactique</b> et/ou œdème de Quincke ?		
<b>Grossesse</b> ?		
<b>Infections aiguës et sévères</b> : en cours avec état clinique altéré (une infection banale en cours, de type angine, gastro-entérite, rhino-pharyngite, otite), diagnostiquées et traitées (par antibiotiques) ne représentent pas une contre-indication en soi à la vaccination. Seul l'état clinique du patient s'il est altéré, peut justifier un report de la vaccination.		
<b>Hyperthermie</b> ?		
<b>Traitement par AVK</b> (Préviscan, Sintrom, Coumadine) : vaccin contre-indiqué si dernier taux INR>3 ou troubles de l'hémostase. Si l'INR est dans la zone thérapeutique, l'IM est possible.		
Infection au <b>SARS COV2 depuis moins de 3 mois</b>		

Je certifie que :

J'ai reçu les informations propres à un consentement éclairé

Je suis d'accord pour recevoir la vaccination contre la Covid-19

Signature :

VACCIN PFIZER BioNTec Comirnaty, Lot N° :

Bras Droit  Bras Gauche



# CENTRE DE VACCINATION DE SAINT-BRICE -SOUS-FORÊT

(A REMPLIR LISIBLEMENT)

NOM d'usage : .....

NOM de naissance : .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : .....

LIEU DE NAISSANCE : .....

ADRESSE : .....

.....

TELEPHONE : .....

MAIL (en majuscule): .....

NUMERO SECURITE SOCIALE : .....

	OUI	NON
Avez-vous reçu un <b>vaccin depuis moins de 2 semaines</b> ?		
Antécédents de <b>choc anaphylactique</b> et/ou œdème de Quincke ?		
<b>Grossesse ?</b>		
<b>Infections aiguës et sévères</b> : en cours avec état clinique altéré (une infection banale en cours, de type angine, gastro-entérite, rhino-pharyngite, otite), diagnostiquées et traitées (par antibiotiques) ne représentent pas une contre-indication en soi à la vaccination. Seul l'état clinique du patient s'il est altéré, peut justifier un report de la vaccination.		
<b>Hyperthermie ?</b>		
<b>Traitement par AVK</b> (Préviscan, Sintrom, Coumadine) : vaccin contre-indiqué si dernier taux INR>3 ou troubles de l'hémostase. Si l'INR est dans la zone thérapeutique, l'IM est possible.		
Infection au <b>SARS COV2 depuis moins de 3 mois</b>		

Je certifie que :

J'ai reçu les informations propres à un consentement éclairé

Je suis d'accord pour recevoir la vaccination contre la Covid-19

Signature :

VACCIN PFIZER BioNTec Comirnaty, Lot N° :

Bras Droit  Bras Gauche