

Questionnaire de triage pour la vaccination Covid en pharmacie

vaccin: Moderna Spikevax bivalent

Nom :	Prénom :
Date de naissance:	Numéro de tél. :
Rue :	NPA / Lieu :
Caisse-maladie:	N° carte d'assurance.: 80756

Sexe : Homme Femme → Enceinte? OUI NON

Ces critères vous concernent-ils?

	JA	NEIN
1. Vous avez moins 16 ans?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous actuellement des symptômes de maladie (p. ex. fièvre, etc.) Vous souffrez d'une déficience immunitaire ou prenez des médicaments immunosupresseurs (ex. cortisone, chimiothérapie ou thérapie immunosuppressive)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà eu une réaction grave ou une allergie suite à une vaccination? Ou êtes-vous allergique à l'un des composants du vaccin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Souffrez-vous d'une maladie de la coagulation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Prenez-vous régulièrement des médicaments anticoagulants? Si oui, lesquels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Souffrez-vous d'une maladie chronique ou prenez-vous régulièrement des médicaments? Si oui, lesquels?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Si vous avez des maladies chronique, avez-vous une ordonnance du médecin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En raison des conditions cantonales, nous avons besoin d'une déclaration d'accord du médecin pour les personnes souffrant de maladies préexistantes.

Information et consentement

- **Je suis suffisamment informé(e) sur les éventuels effets indésirables. J'ai pu clarifier d'éventuelles questions au préalable avec un spécialiste. Je n'ai pas d'autres questions. Par ma signature, je consens à l'administration de la vaccination.**
- **Par ma signature, je déclare que toutes les données indiquées dans le questionnaire sont correctes et complètes.**

Lieu/date: Signature de la cliente/du client:

Afin d'attendre d'éventuelles réactions allergiques rares, veuillez rester dans la zone d'attente de la pharmacie pendant 5 minutes. En cas de réactions ou de symptômes ultérieurs, veuillez contacter immédiatement votre pharmacien ou votre médecin.