



Hôpitaux Civils de COLMAR
DIRECTION

FICHE DE DEMANDE et SUIVI VACCINATION EN SERVICES DE SOINS

Elaborée par : C. FIAT

Version n°1

Mise à jour

VACCINATION ANTI-CORONAVIRUS Cf PROTOCOLES VACCINAUX site intranet

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

1. Identité du patient :

N° Sécurité sociale :

Etiquette patient à coller

Etiquette UF + N° tél. à coller

➤ Antécédent documenté de COVID 19 : Oui Non

➤ Antécédent vaccinal COVID 19 : Oui Non

Si oui : Vaccin : Date :Date du diagnostic :

2. Situation clinique actuelle

Traitements majeurs en cours notamment

- Anticoagulants (cf protocole d'injection) : Oui Non
- Corticoïdes : Oui Non
- Immuno supresseurs : Oui Non
- Autre traitement pouvant avoir un impact sur la vaccination (moindre efficacité, saignement) Oui Non

Symptomatologie présente (pouvant constituer une contre-indication à la vaccination) :

- Allergie (PEG, polysorbate..., cf annexes liste Mt non exhaustive...) Oui Non
- Infection sévère/intervention lourde (CI transitoire) Oui Non
- Contage < 14J (CI transitoire)... Oui Non
- Autres Oui Non

3. Accord du PATIENT

Oui Non

Date/...../.....

Ne peut s'exprimer, dans ce cas :

➤ Si le résident est sous tutelle à la personne : accord du tuteur Oui Non

Coordonnées du tuteur :

➤ Hors tutelle, la personne de confiance désignée par le résident a-t-elle exprimé une opposition : Oui Non

➤ Hors tutelle, et en cas d'absence de désignation de la personne de confiance, le référent familial identifié auprès de l'EHPAD a-t-il exprimé une opposition Oui Non

5. Vaccin (*Pfizer si autre type précisé) :

➤ **Vaccination 1ère dose**

Date :

Site d'injection :

Etiquette à coller

Avant la 2^{ème} dose Effets secondaires éventuels après 1^{ère} dose :

.....
.....

➤ **Vaccination 2^{ème} dose**

Date :

Site d'injection :

Etiquette à coller

Avant la 3^{ème} dose Effets secondaires éventuels après 2^{ème} dose :

.....
.....

➤ **Vaccination 3^{ème} dose**

Date :

Site d'injection :

Etiquette à coller

6. Programmation 2^{ème} dose (21j à 42j) selon le devenir prévu du patient

RDV pris par le secrétariat de la pharmacie et sera communiqué au service et au patient

➤ Centre de vaccination : Oui Non

➤ Transfert SSR Oui Non
(Date de transfert et lieu à communiquer impérativement)

➤ RAD / HAD mais impossibilité pour le patient à se déplacer Oui Non

➤ Autre, préciser :

7. Programmation 3^{ème} dose - terrain particulier

Oui Non

Suivi médical (cf. fiche de suivi, patient qui peut se manifester en cas d'effet marqué)

Colmar le.....

Tel Avis

Allergologie : 2 4753

Pharmacie : 2 4240

Infectiologie : 07.88.63.5635

Signature du Médecin