

Fragebogen zur Vorimpfung gegen COVID19

Impfstoff (PFIZER / BIONTECH)

Üblicher Name:

Vorname:

Geburtsname:

Telefon:

Sozialversicherungsnummer:

Geburtsdatum:

Position:

Alter:

Wohnort:

Weisen Sie einen der folgenden Risikofaktoren für schwere COVID auf – ja --nein

wenn ja, welche(s) (Ankreuzen)

- Fettleibigkeit (BMI >30)
- COPD und respiratorisches Versagen
- Komplizierter Bluthochdruck
- Herzversagen
- Diabetes (Typ 1 und Typ 2)
- chronisches Nierenversagen
- Krebserkrankungen und hämatologische Malignome, aktiv oder weniger als 3 Jahre alt
- Transplantation fester Organe oder hämatopoetischer Stammzellen

- Haben Sie COVID (PCR-positiv) seit weniger als 3 Monaten? --Ja -- nein
- Haben Sie aktuelle Anzeichen, die auf COVID hindeuten könnten? ---ja---nein
- Haben Sie seit weniger als 7 Tagen Kontakt zu einem COVID-Probanden? -Ja--nein
- Hatten Sie lokale oder genitale Reaktionen auf frühere Impfungen? -- ja--nein
- Hatten Sie in den letzten 21 Tagen eine Impfstoffinjektion? -Ja--nein
- Für Frauen: Derzeit schwanger oder stillend? -Ja--nein
- Leiden Sie derzeit an einer Krankheit oder einem fiebrigen Zustand? -- ja--nein
- Haben Sie eine dokumentierte Allergie gegen:

- Haben Sie jemals ein Angioödem* oder einen anaphylaktischen Schock erlebt? --Ja -- nein
- Haben Sie eine Autoimmunerkrankung? -Ja -Nein
- Nehmen Sie eine immunsuppressive Therapie** ein? -Ja -Nein
- Nehmen Sie eine gerinnungshemmende oder gerinnungshemmende Therapie ein? ja - nein

Vom verordnenden Arzt auszufüllen

BP:

Temperatur:

-Validierung der Anspruchsberechtigung für die Impfung heute

-Impfung zu verschieben Vorhersagedatum:

-Gegenindikation zur Impfung

---Seite 2---

- Ich bestätige, dass ich Informationen über diese Impfung erhalten habe (einschließlich Kontraindikationen und Nebenwirkungen), dass ich die Bedingungen dieses Fragebogens verstanden habe und dass ich ihn wahrheitsgemäß beantwortet habe (kreuzen Sie das Kästchen an, wenn Ihre Antwort ja lautet)
- Ich möchte geimpft werden (kreuzen Sie das Kästchen an, wenn Ihre Antwort ja lautet)
- Ich verpflichte mich, innerhalb von 15 Minuten nach der Impfung in der Einrichtung zu bleiben

Unterschrift des Patienten

-----vom Impfarzt ausgefüllt: -----

Um wirksam zu sein, sollte eine zweite Injektion in mindestens 28 Tagen gegeben werden

Wenn Sie irgendwelche Nebenwirkungen haben:

1) wenn Sie Mediziner sind, benachrichtigen Sie die arbeitsmedizinische Abteilung:

Durchwahl 05 56 07 96 03 oder

2) Kontaktieren Sie Ihren Arzt

Dann -> melden Sie jedes unerwünschte Ereignis zur Impfung auf dem Portal der Berichte zugänglich von:

https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ilm_utilisateurs/index.html#/accueil

.....

- * Das **Angioödem**, auch bekannt unter den älteren Bezeichnungen Quincke-Ödem (nach Heinrich Irenaeus Quincke) und angioneurotisches Ödem, ist eine sich rasch entwickelnde, schmerzlose, selten juckende Schwellung (Ödem) von Haut, Schleimhaut und der angrenzenden Gewebe, die auf einer plötzlichen Erhöhung der Permeabilität .
- **Bei einer **Immunsuppression** wird das körpereigene Abwehrsystem (Immunsystem) unterdrückt. Eine **Immunsuppression** kann infolge von Krankheiten oder erhöhter Belastung auftreten, aber auch eine gezielte **Therapie** sein.

Übersetzt mit www.DeepL.com/Translator (kostenlose Version)

Questionnaire de pré vaccination contre COVID19

Vaccin comirnaty (PFIZER / BIONTECH)

Nome d'usage: Nome de Naissance:

Prénom: Téléphone:

Numéro de sécurité sociale:

Date de naissance: Age:

Fonction: Service:

Avez-vous un/des facteurs de risque suivant de forme grave de COVID oui non
si qui lequel / lesquels (Cocher)

- l'obésité (IMC >30)
- la BPCO et l'insuffisance respiratoire
- l'hypertension artérielle compliquée
- l'insuffisance cardiaque
- le diabète (de type 1 et de type 2)
- l'insuffisance rénale chronique
- les cancers et maladies hématologiques malignes, actifs ou de moins de 3 ans
- la transplantation d'organes solide ou de cellules souches hématopoïétiques

- Avez-vous présenté la maladie COVID (PCR positif) depuis moins de 3 mois? --oui --non

- Avez-vous actuellement des signes pouvant faire évoquer la COVID? ---oui --non

- Etes-vous sujet contact d'une COVID depuis moins de 7 jours? --oui--non

- Avez-vous présenté des réactions locales ou générales aux vaccinations antérieures? --oui --non

- Avez-vous reçu une injection de vaccin depuis de 21 jours? --oui --non

- Pour le femmes: grossesse ou allaitement en cours? --oui--non

- Actuellement, souffrez-vous d'une maladie ou d'un état fébrile? -- oui -- non

----- Présentez-vous une allergie documentée par un allergologue au:

- Avez-vous déjà présenté un œdème de Quincke ou un choc anaphylactique? --oui -- non

- Présentez-vous une maladie auto-immune? --oui --non

- Prenez-vous un traitement entraînant une immunosuppression? --oui --non

- Prenez-vous un traitement anticoagulant ou antiagrégant? oui - non

A Compléter par le médecin prescripteur

TA: Température:

-Validation de l'éligibilité à la vaccination ce jour

-vaccination à différer date prévue:

-contre-indication à la vaccination

Seite 2----

- je reconnais avoir reçu les informations sur cette vaccination (dont contre-indications et effets indésirables), j'ai compris les termes de ce questionnaire et j'y ai répondu en toute sincérité (cochez la case si votre réponse est oui)

- je souhaite être vacciné (cochez la case si votre réponse est oui)

- je m'engage à rester sur l'établissement dans les 15 minutes qui suivent la vaccination

Signature du Patient

-----completer par la Vaccinateur: -----

Pour être efficace, une deuxième injection devra être réalisée dans au moins 28 jours

Si vous présentez un effet secondaire:

1) si vous êtes un professionnel de santé prévenez le service de santé travail: poste 05 56 07 96 03 ou

2) contactez votre médecin traitant

Puis -> signalez tout événement indésirable à la vaccination sur le portail des signalements accessible depuis:

https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil