



Information et consentement éclairé dans le cadre de la vaccination contre le COVID-19 par Vaccin du laboratoire Pfizer

Réf : DROI ENR52

Applicable le :
08/01/2021

Page 1 sur 1

Vous avez décidé de vous faire vacciner contre la COVID-19... Qu'est-ce que la COVID 19 ?

C'est une nouvelle maladie liée à une infection à coronavirus. Cette maladie donne surtout une toux, de la fièvre, et des difficultés à respirer. Le plus souvent, cette maladie n'est pas grave et on en guérit très facilement.

Mais parfois elle peut être grave, surtout pour les personnes âgées de plus de 70 ans et les personnes fragiles qui ont déjà une autre maladie (par exemple : diabète, problèmes respiratoires, maladie des reins, cancer, etc.).

➤ Information concernant le vaccin du laboratoire PFIZER

Vaccin contre la COVID 19 basé sur l'ARN messager qui met l'organisme à contribution pour se protéger contre le coronavirus et qui serait efficace à plus de 90%. Il nécessite 2 injections à 3 semaines d'intervalle.

Les effets secondaires par ordre de fréquence décroissante sont : douleur au site d'injection, une fatigue, des maux de tête, une douleur musculaire, frissons, arthralgies et fièvre. Ces effets sont généralement légers à modérés et résolutifs en quelques jours. Ils peuvent être atténués par un traitement médicamenteux, par exemple du paracétamol.

Recueil du consentement éclairé

Afin de permettre au médecin qui doit procéder à la vaccination de confirmer la réalisation de celle-ci, il vous est demandé de compléter ce formulaire – Chaque information doit être renseignée de manière à recueillir distinctement : **vos coordonnées, vos antécédents, le recueil de votre consentement.**

Je reconnais avoir reçu les informations sur cette vaccination (effets secondaires, effets indésirables etc...) et compris les termes. **Je m'engage à rester sur le site de vaccination pendant au moins 15 min après l'injection.**

J'accepte de recevoir les 2 injections du vaccin contre la COVID 19 : Oui Non

Consultation pré-vaccinale

A. Coordonnées du patient

Madame Monsieur NOM.....PRENOM

Date de naissance/...../.....

Numéro Sécurité Sociale :

Médecin traitant :

Lieu d'exercice du Médecin traitant :

B. Antécédents médicaux du patient (rayer la mention inutile)

1. Vous sentez-vous bien aujourd'hui ? Oui Non Si non, préciser :

2. Avez-vous des allergies ? Oui Non Si oui, préciser :

3. Avez-vous déjà eu une réaction après vaccin ? Oui Non Si oui, préciser :

4. Avez-vous contracté la COVID 19 dans les 3 derniers mois ? Oui Non Si oui, préciser :

5. Avez-vous été vacciné contre la grippe dans les 3 dernières semaines ? Oui Non Si oui, préciser :

6. Avez-vous un épisode infectieux en cours ? Oui Non Si oui, préciser :

7. Divers

Vaccination

Date de 1^{ère} injection :/...../.....

Coordonnées du médecin

NOMPrénom..... RPPS :

Signature médecin :