

En cas de non possibilité d'enregistrement d'une vaccination dans MSVAC, il est possible de faire le suivi en notifiant la vaccination sur papier, pour enregistrer par la suite la vaccination dans MSVAC.

Le vaccinateur doit avant vaccination :

1. Remplir la fiche patient :
 - o Questionnaire pré vaccination et vaccination (voir page 2)
 - o Commentaire éventuel
 - o Prescription vaccin (date de vaccination, type de vaccin et numéro de lot)

Après vaccination, le vaccinateur :

2. Complète le certificat de vaccination (voir page 3)
3. Conserve la fiche patient
4. Donne le certificat de vaccination directement au patient

Dès que possible, le vaccinateur encode rétrospectivement les vaccinations dans MSVAC.

Questionnaire pré vaccination

Nom :

Prénom :

Matricule :

DISCLAIMER : la vaccination contre la COVID-19 n'est actuellement autorisée pour les enfants de 6 mois-5 ans que dans les cabinets pédiatriques.

Si vous présentez un des problèmes de santé suivants, veuillez contacter votre médecin traitant avant de prendre un rendez-vous

- ☐ Réaction grave après avoir reçu une vaccination
- ☐ Cancer, leucémie, infection au VIH / sida ou diminution importante des défenses immunitaires
- ☐ Autre maladie chronique du système immunitaire (polyarthrite rhumatoïde, maladie de Crohn, psoriasis, autre maladie auto-immunitaire)
- ☐ Traitement par des médicaments pour fluidifier le sang (anticoagulants autres que l'aspirine) ou maladie entraînant des saignements importants
- ☐ Femme enceinte date prévue de l'accouchement (mois et année) _____
- ☐ Femme allaitante

Les informations suivantes sont demandées à titre indicatif. Elles sont importantes pour suivre l'efficacité de la vaccination pour certaines catégories de personnes.

☐ Poids : _____ Kg ☐ Taille : _____ Cm

Vous avez été testé(e) positif(ve) au COVID-19 depuis le début de la pandémie : Oui ☐ Non ☐

Si oui, date approximative : mois _____ année _____

Vaccination

Nom du vaccinateur	
Lieu de vaccination	

Nom de la personne vaccinée	
Prénom de la personne vaccinée	
Matricule de la personne vaccinée	

Vaccin non administré

Raison de la non administration	
---------------------------------	--

Vaccin administré

Date	
Nom du vaccin	
Numéro d'administration (première, seconde, troisième dose, dose de rappel)	
Numéro de lot	

Effets indésirables immédiats

Description des effets indésirables immédiats	
--	--