

**NOM :**

**PRENOM :**

**ÂGE :**

**TELEPHONE :**



Heure Injection :	Heure Départ :
Date et Heure RDV :	Surveillance : <input type="checkbox"/> 15' <input type="checkbox"/> 30'
	T°C :

1	Avez-vous séjourné dans un pays hors Union Européenne il y a moins de 14 jours ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<b>PRÉSENTEZ-VOUS CE JOUR OU AVEZ-VOUS PRÉSENTÉ DANS LES 48 HEURES PRÉCÉDENTES UN DES SIGNES SUIVANTS :</b>			
2	De la FIÈVRE ? : Température égale ou supérieure à 37°8	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
3	Des COURBATURES ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
4	De la TOUX ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
5	Des SIGNES ORL ? : Rhume, angine, pharyngite (en dehors de la rhinite ou d'une conjonctivite allergique diagnostiquée)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
6	Une PERTE DE L'ODORAT sans nez bouché ou une PERTE DU GOÛT des aliments ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
7	Des MAUX DE TÊTE inhabituels ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
8	Des TROUBLES DIGESTIFS : Nausée, vomissement, diarrhée	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
9	Une FATIGUE INHABITUELLE ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
10	D'autres signes comme des moments de désorientation ou des chutes inexplicables ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
11	Avez-vous été CAS CONTACT AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DE LA COVID-19	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
12	Avez-vous été en contact avec une personne qui présentait l'un des signes mentionnés dans les questions 2 à 11 ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

J'ATTESTE :

- Avoir sincèrement rempli l'auto questionnaire, et avoir répondu : NON à l'ensemble des questions
- M'engager à respecter l'ensemble des MESURES BARRIÈRES (port obligatoire du masque chirurgical, distanciation physique d'au moins 1 mètre et hygiène des mains par friction avec une solution hydro alcoolique)
- M'engager à respecter l'organisation et les circuits définis pour le parcours de soins par l'hôpital d'Apt
- M'engager à informer sans délai l'établissement en cas de DIAGNOSTIC OU DE SUSPICION D'UNE ATTEINTE PAR LA COVID-19 dans les 8 jours suivant mon rendez-vous au centre de vaccination

JE CONSENS PAR LA PRÉSENTE SIGNATURE, À LA CONSERVATION DE CETTE ATTESTATION PAR L'HÔPITAL D'APT

SIGNATURE :

<input type="checkbox"/> 1 <sup>ère</sup>	ou	<input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup>	<b>INJECTION</b>
---	----	---	------------------

**QUESTIONNAIRE MÉDICAL PRÉ-VACCINAL :**

**AVEZ-VOUS EU LA COVID-19 ?** Si Oui, **QUAND :**  oui  non

Avez-vous eu un **TEST (PCR OU ANTIGÉNIQUE) POSITIF** au cours des 3 derniers mois  oui  non

Avez-vous **REÇU UN VACCIN** au cours des 2 dernières semaines ? (**AUTRE QUE LE PFIZER**)  oui  non

Avez-vous des antécédents d' **ALLERGIE** ou de **CHOC ANAPHYLACTIQUE** ?  oui  non  
Si Oui, précisez :

Présentez-vous des **TROUBLES DE LA COAGULATION** ? Baisse des plaquettes ou **TRAITEMENT ANTICOAGULANT** (précisez) :  oui  non

**ÊTES-VOUS ENCEINTE OU ALLAITEZ-VOUS ?**  oui  non

## **AUTORISATION PARENTALE DANS LE CADRE DE LA VACCINATION CONTRE LA COVID-19**

Je soussigné(e),

Parent 1 :

Parent 2 :

Certifiant agir en qualité de parent exerçant l'autorité parentale / tuteur légal <sup>1</sup>

Autorise le Centre de Vaccination d'Apt à vacciner mon enfant contre la Covid-19

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

A compléter si un seul des deux parents est présent au moment de la vaccination <sup>2</sup> :

Je déclare sur l'honneur que Monsieur, Madame \_\_\_\_\_, en qualité de parent co-titulaire de l'autorité parentale, a donné son autorisation à la vaccination contre la Covid-19 de l'enfant ci-dessus désigné.

Fait à \_\_\_\_\_

Le \_\_\_\_\_

Signature : (qualité)

<sup>1</sup> veuillez rayer les mentions inutiles

<sup>2</sup> la vaccination des mineurs nécessite l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale. Ainsi, en présence d'un seul parent au moment de la vaccination, ce dernier s'engage sur l'honneur à ce que le parent co-titulaire de l'autorité parentale ait donné son autorisation. Toute déclaration ou information qui s'avèrerait erronée ultérieurement, engage sa seule responsabilité.

Cependant, pour les mineurs de 16 ans et plus souffrant d'une pathologie à très haut risque de forme grave de Covid-19, la vaccination recommandée, dont le bénéfice risque individuel pour le jeune est évalué favorablement par un professionnel de santé, peut être considérée comme un acte usuel de l'autorité parentale et donc relever de l'autorisation d'un seul des deux titulaires de l'autorité parentale.