

**CRITERES DE PRIORITE** (au 15 janvier 2021) :

- Personnes atteintes de cancers et de maladies hématologiques malignes en cours de traitement par chimiothérapie ;
- Personnes atteintes de maladies rénales chroniques sévères, dont les patients dialysés ;
- Personnes transplantées d'organes solides ;
- Personnes transplantées par allogreffe de cellules souches hématopoïétiques ;
- Personnes atteintes de poly-pathologies chroniques et présentant au moins deux insuffisances d'organes ;
- Personnes atteintes de certaines maladies rares et particulièrement à risque en cas d'infection (liste spécifique établie par le COS et les filières de santé maladies rares) ;
- Personnes atteintes de trisomie 21.

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_ **Téléphone :** \_\_\_\_\_

**N° de sécurité sociale :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**E-mail :** \_\_\_\_\_

**1. Etes-vous porteur d'une maladie auto-immune ?**

oui  non

Si oui, avez-vous une poussée en ce moment ?

oui  non

**2. Avez-vous présenté une manifestation allergique ?**

- |                          |                              |                              |
|--------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Au PEG ou au polysorbate | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| À un vaccin              | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| À un médicament          | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| À une autre substance    | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

Si oui, s'agissait-il :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - d'un œdème de Quincke (gonflement du visage, des lèvres ou de la gorge) | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - d'un état de choc anaphylactique (baisse brutale de la tension)         | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |
| - d'une urticaire (éruption et démangeaison survenus immédiatement)       | oui <input type="checkbox"/> | non <input type="checkbox"/> |

**3. Traitements en cours** (préparez votre ordonnance SVP), prenez-vous :

- Un traitement anti-coagulant (précaution d'emploi, utilisez une aiguille FC sous cutanée)  
 Autre : précisez ...

**4. Avez-vous déjà eu la COVID** (diagnostic par PCR) au cours des 3 derniers mois ?

oui  non

**5. Avez-vous reçu un vaccin contre la grippe dans les 3 dernières semaines ?**

oui  non

**6. Avez-vous un/des facteurs de risque suivant - Si oui 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'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques,

**Grossesse** : Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte ?

oui  non

**A poser le jour de la vaccination**

**7. Avez-vous des signes évocateurs de COVID** (fièvre, toux, agueusie, agnosie) actuellement ?

oui  non

Pour la 2eme injection : Avez-vous eu une **réaction lors de la 1ere injection**

oui  non

Vaccination ce jour  Vaccination à différer

Nom du prescripteur : \_\_\_\_\_

Date de l'injection : \_\_\_\_\_ 1ere dose  \_\_\_\_\_ 2eme dose

Numéro de lot : \_\_\_\_\_

Voie : IM, deltoïde droit  gauche