

# Comment se déroule la vaccination ?

2 injections à 42 j d'écart (+/- 48h) Pfizer/ Moderna \* - 12 semaines Vaxzevria (AstraZeneca)

Annonces gouvernementale du 02/06/21: Pour les vaccins Pfizer et Moderna, exclusivement durant la période estivale.  
Les 2ndes injections pourront avoir lieu entre J+21 et J+49 de la 1<sup>ère</sup> injection, soit entre 3 et 7 semaines après la 1<sup>ère</sup> injection



Personne volontaire



Eligible à la vaccination  
Cf. fiches « Quels vaccins pour quels publics ? »

Lors de la venue **en vue de la seconde injection**, l'usager doit **présenter l'attestation de vaccination** remise lors de la première injection afin de confirmer le type de vaccin à administrer. **A défaut, le système d'information doit être consulté.**

Vérification et signature  
du questionnaire de santé  
par le médecin

Vaccination par le  
personnel soignant

Remise de  
**l'attestation de vaccination.**  
Le nom du vaccin à administrer doit être facilement lisible pour être aisément connu de tous incluant l'usager.

Saisie dans  
**Vaccin Covid**

Surveillance de  
15-30 minutes

5-2

Accueil du patient par un infirmier,  
questionnaire de santé, recherche de critères  
nécessitant une réorientation vers le médecin



Questionnaire

Documents

Questionnaire vaccination en pharmacie - Multilingues  
Téléchargement (4,1 Mo)

[Questionnaires multi langues](#)

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ  
Lettre Santé  
Patient

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Numéro de sécurité sociale : .....

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois derniers mois ?  Oui  Non

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?  Oui  Non

Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux derniers semaines ? Si oui lequel ? .....  Oui  Non

Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?  Oui  Non

Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant) ?  Oui  Non

Êtes-vous enceinte ?  Oui  Non

Allez-vous ?  Oui  Non

Réservé au médecin  
Date : .....  
Signature du médecin : .....

Version du 08 Janvier 2021