

## Fiche sur la vaccination COVID-19 et informations aux clients

Veillez remplir ce formulaire juste avant votre visite et lire attentivement les informations ci-dessous.

|                   |  |                                      |  |
|-------------------|--|--------------------------------------|--|
| Prénom            |  | N° de passeport/<br>carte d'identité |  |
| Nom               |  | Adresse email                        |  |
| Date de naissance |  | N° de téléphone                      |  |

Veillez cocher:  1ère vaccination  2ème vaccination

### Questions de précaution

Avez-vous actuellement de la fièvre, vous sentez-vous mal ou avez-vous des symptômes de refroidissement (mal de gorge, une toux, des douleurs aux membres, des maux de tête, des changements sensoriels du goût et de l'odeur)?  OUI  NON

*Si oui : veuillez faire un test COVID-19 et prendre un rendez-vous de vaccination à une date ultérieure.*

Avez-vous reçu un diagnostic de COVID-19 au cours des 90 derniers jours ?  OUI  NON  
*Si oui : veuillez prendre un rendez-vous de vaccination au plus tôt 90 jours après votre infection.*

Avez-vous des allergies (par ex. aux médicaments, aux vaccinations précédentes, à des produits alimentaires)?  OUI  NON  
*Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_*

Avez-vous eu des problèmes avec des vaccins précédents?  OUI  NON  
*Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_*

Avez-vous eu un vaccin au cours des deux dernières semaines ?  OUI  NON

Avez-vous des maladies préexistantes connues?  OUI  NON  
*Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_*

Prenez-vous des anticoagulants ?  OUI  NON  
*Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_*

Prenez-vous des médicaments qui affectent le système immunitaire (par ex. de la cortisone)?  OUI  NON  
*Si oui, lesquels ? \_\_\_\_\_  
Veuillez apporter une liste des médicaments que vous prenez.*

### Questions adressées aux femmes

Êtes-vous enceinte ou y a-t-il une possibilité d'une grossesse?  OUI  NON  
*La grossesse doit être évitée pendant la période allant jusqu'à 2 mois après la fin de la vaccination COVID-19.*

Allaitez-vous ?  OUI  NON

## Information et déclaration de consentement

1. La protection par la vaccination contre COVID-19 ne remplace pas les mesures de protection recommandées par l'OFSP.
2. Les vaccins COVID-19 sont administrés dans le muscle du bras supérieur (muscle deltoïde) comme le vaccin contre la grippe. Pour obtenir une protection suffisante, 2 doses sont nécessaires à un intervalle de 4 semaines (intervalle minimum 21-28 jours).
3. Les réactions allergiques aux vaccins ou aux additifs sont très rares et surviennent généralement peu de temps après la vaccination. Par conséquent, vous resterez avec nous dans la salle de repos pendant 15 minutes après la vaccination. Nous pouvons vous donner les soins médicaux appropriés si nécessaire. Si vous ne vous sentez pas bien ou si vous avez des questions, veuillez contacter notre superviseur médical (qui porte une veste rouge).
4. Si vous ressentez encore plus tard des symptômes que vous attribuez à la vaccination et que vous jugez menaçants ou que vous ne pouvez pas classer, contactez votre médecin de famille ou un service médical d'urgence. En cas de symptômes graves avec essoufflement, contactez le 144.
5. Les réactions normales après la vaccination COVID qui se produisent chez certaines personnes vaccinées sont les suivantes : Douleur au site de vaccination, fatigue, épuisement, mal de tête, douleurs musculaires ou articulaires, frissons et/ou fièvre. Les symptômes sont généralement légers et disparaissent en 1 à 3 jours. Vous pouvez prendre l'analgésique paracétamol pour vous soulager.

## Consentement

Oui, j'ai lu la fiche d'information "Vaccination COVID-19" et les informations ci-dessus sur les effets secondaires possibles. J'ai eu l'occasion de clarifier les questions existantes avec le médecin. Je consens à ce que mes données soient enregistrées électroniquement et analysées de manière anonyme à des fins statistiques. Je n'ai pas d'autres questions et je consens à la vaccination COVID-19.

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

| Documentation de vaccin (sera rempli par le centre de vaccination)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Kürzel | Datum |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|
| <b>Ärztliche Verordnung</b><br>Verordnung Impfstoff<br><input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> off-label use (Aufklärung erfolgt)<br>Beobachtungszeit<br><input type="checkbox"/> 15 min. <input type="checkbox"/> 30 min.<br>Vorsichtsmassnahmen<br><input type="checkbox"/> 2 Min. Kompression, dünne Nadel (25 G), langsame Injektion<br><input type="checkbox"/> Andere _____ |        |       |
| <b>Dokumentation Pflege / MPA</b><br><input type="checkbox"/> Impfdokumentation elektronisch erfasst<br><input type="checkbox"/> Keine Impfdokumentation. Grund:                                                                                                                                                                                                                                  |        |       |
| <b>Patientenmanagement</b><br><input type="checkbox"/> 2. Termin vereinbart<br><input type="checkbox"/> Impfdokumentation abgegeben                                                                                                                                                                                                                                                               |        |       |