**FICHE de VACCINATION anti-COVID 19 des résidents d’USLD et d’EHPAD**

**LA VACCINATION NE PEUT ÊTRE REALISÉE QUE SI TOUTES LES CASES « OUI » SONT COCHÉES**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DU RESIDENT** | | | | | | |
| Nom/Prénom du résident | | |  | | | |
| Date de naissance du résident | | |  | | | |
| Numéro de sécurité sociale | | |  | | | |
| 1. **TEMPS DE L’INFORMATION au RÉSIDENT par le Professionnel de Santé** | | | | | | |
| Emetteur de l’information (préciser noms et prénoms) | | | Med Traitant :  Med Coord :  Autre médecin :  Autre : | | | |
| Date de délivrance de l’information au résident | | |  | | | |
| Délivrance d’une information loyale, claire et appropriée | | | Oui  Précisez :  ☐ Auprès du résident  Si cette information a été délivrée au résident en présence d’un tiers, préciser son identité :  Dans la négative, auprès de  La Personne de confiance :  Un membre de la famille :  Le tuteur :  Autre, préciser : | | | Non |
| **Rapport bénéfice/risque favorable à la vaccination** | | | Oui | Non  Raison(s) : | | |
| Respect d’un délai d’appropriation entre la délivrance de l’information et l’expression du consentement | | | Oui | | | Non |
| 1. **RECUEIL DE CONSENTEMENT ET CONSULTATION PRÉ-VACCINALE par le PROFESSIONNEL de SANTÉ** (au plus tard 5 jours avant le démarrage de la vaccination) | | | | | | |
| Professionnel ayant assuré la consultation  (Préciser) | Nom et prénom :  Numéro RPPS :  Med Traitant   Med Coord  Autre méd. (préciser) | | | | | |
| **Date de la consultation pré-vaccinale** | | |  | | | |
| Le résident ou à défaut la personne référente a donné un consentement éclairé.  Dans le dernier cas, préciser les nom/prénom et statut de la personne référente consultée | | | Oui  Nom et prénom :  ☐ Personne de confiance  ☐ Membre de la famille ☐ Tuteur ☐ Autre | | | Non |
| Absence d’hypersensibilité à la substance active ou à l’un des excipients du vaccin | | | Oui | | | Non |
| Absence d’antécédents de manifestations allergiques graves telles des réactions anaphylactiques | | | Oui | | | Non |
| Absence d’épisode infectieux en cours | | | Oui | | | Non |
| Absence d’infection symptomatique par COVID-19 dans les 3 derniers mois avant la vaccination anti-Covid-19 | | | Oui | | | Non |
| Absence de symptômes persistants de Covid-19 | | | Oui | | | Non |
| Absence d’administration d’un autre vaccin dans les 3 dernières semaines précédant la vaccination contre la Covid-19 (dont absence de vaccination antigrippale)  Date de la dernière vaccination : | | | Oui | | | Non |
| Absence de contact à risque *(Si la personne est cas contact, la vaccination doit être repoussée : un test virologique est à réaliser selon les recommandations pour confirmer ou non une infection active. La vaccination pourra être réalisée si le ou les tests s’avèrent négatifs)* | | | Oui | | | Non |
| Consignation des éléments de la consultation dans le système d’information de suivi de la vaccination contre le SARS-COV-2 (« Vaccin Covid ») | | | Oui | | | Non |
| 1. **PRESCRIPTION DU VACCIN PAR LE PROFESSIONEL DE SANTÉ** | | | | | | |
| Prescription du vaccin  Préciser les nom/prénom du médecin traitant (ou d’un autre médecin par délégation)/N°RPPS | | Oui  Nom et prénom :  Numéro RPPS :  Date :  Signature du médecin : | | | Non  Raison : | |
| 1. **TRACABILITE DE LA VACCINATION** | | | | | | |
| Absence de contre-indications temporaires le jour de la vaccination  si non lesquelles ? | | | Oui | | | Non |
| P**remière injection** | | | | | | |
| **FINESS ou SIRET du lieu de vaccination :**  Nom du vaccin :  Vaccin tozinaméran (COMIRNATY®) (laboratoires PFIZER et BioNTech)  Numéro de lot du vaccin :  Date et heure de la **première injection** : le à  Zone d'injection :  Bras Droit  Bras Gauche   Autre :  Nom du professionnel vaccineur :  Sous la responsabilité (présence) du médecin (nom/prénom) :  N°RPPS : Signature :  Med Traitant  Med Coordo  Autre (préciser) : | | | | | | |
| Effet(s) indésirable(s) précoce(s) | | | Oui  Préciser lesquels : | | | Non |
| Si un ou des effet(s) indésirable(s) sont observé(s), il(s) sont rapporté(s) dans le *Portail de signalement Vaccin COVID de Sante.gov* | | | Oui | | | Non |
| Une surveillance adaptée a-t-elle bien eu lieu selon le protocole préétabli ? | | | Oui | | | Non |
| **Deuxième injection** | | | | | | |
| **Réalisée**  Oui  Non si non, pour quelles raisons ? | | | | | | |
| **FINESS ou SIRET du lieu de vaccination :**  Nom du vaccin :  Vaccin tozinaméran (COMIRNATY®) (laboratoires PFIZER et BioNTech)  Numéro de lot du vaccin :  Date et heure de la **seconde injection** : le à  Zone d'injection :  Bras Droit  Bras Gauche  Autre :  Nom du professionnel vaccineur :  Sous la responsabilité (présence) du médecin (nom/prénom) :  N°RPPS : Signature :  Med Traitant  Med Coordo  Autre (préciser) : | | | | | | |
| Effet(s) indésirable(s) précoce(s) | | | Oui.  Préciser lesquels : | | | Non |
| Si un ou des effet(s) indésirable(s) sont observé(s), il(s) sont rapporté(s) dans le *Portail de signalement Vaccin COVID de Sante.gov* | | | Oui | | | Non |
| Si des risques nouveaux sont identifiés postérieurement à la vaccination, le résident concerné doit en être informé | | | ☐ Oui | | | ☐Non |