**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 vaccinPréciser les nom/prénom du médecin traitant (ou d’un autre médecin par délégation)/N°RPPS | [ ]  OuiNom et prénom :Numéro RPPS :Date : Signature du médecin : | [ ]  Non Raison : |
| 1. **TRACABILITE DE LA VACCINATION**
 |
| Absence de contre-indications temporaires le jour de la vaccinationsi 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  |