|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom :  | Date de naissance :  | Âge :  | Langue préférée : |
| Avez-vous une assurance maladie ? [ ] Oui [ ]  NonSi oui : [ ]  Publique [ ]  Privée  | Sexe : [ ]  Mâle [ ]  Femelle [ ] Non-binaire/X[ ] Transgenre [ ] Je préfère ne pas révéler mon sexe [ ] Autre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Race :[ ] Indien d'Amérique ou natif(ve) de l'Alaska[ ] Asiatique [ ] Natif(ve) d'Hawaï ou d'une autre île du Pacifique  | [ ] Noir ou afro-américain[ ] Blanc [ ] Autre | Origine ethnique : [ ] Hispanique/latine [ ] Non-hispanique/non-latine |
| Adresse :  | Ville/Code postal :  | Téléphone :  |
| ***Veuillez répondre aux questions suivantes concernant la personne désignée ci-dessus.*** | **Oui** | **Non** |
| 1. Avez-vous déjà reçu une dose de vaccin de la COVID-19 ?

*Si oui, des documents sont obligatoires***.** |[ ] [ ]
| 1. Au cours des 10 derniers jours, avez-vous eu de la fièvre, des frissons, de la toux, un essoufflement, des difficultés à respirer, de la fatigue, des douleurs musculaires ou corporelles, des maux de tête, une perte de goût ou d'odorat, un mal de gorge, une congestion ou un écoulement nasal, des nausées, des vomissements ou une diarrhée ?
 |[ ] [ ]
| 1. Vous a-t-on conseillé de vous isoler ou de vous mettre en quarantaine actuellement ?
 | [ ]  |[ ]
| 1. Votre système immunitaire est-il modérément ou gravement compromis ?
 | [ ]  |[ ]
| 1. Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave (par exemple, une anaphylaxie) ? Par exemple, une réaction que vous avez traitée avec de l'épinéphrine ou un EpiPen, ou qui a nécessité une hospitalisation.
 |[ ] [ ]
| 1. Avez-vous déjà eu une réaction allergique à un précédent vaccin de la COVID-19 ? Par exemple, avez-vous eu de l'urticaire, un gonflement ou une respiration sifflante dans les 4 heures suivant la vaccination ?
 |[ ] [ ]
| 1. Avez-vous des antécédents de myocardite ou de péricardite ?
 |[ ] [ ]
| 1. Avez-vous reçu une cure d'anticorps passifs au cours des 90 derniers jours ?
 |[ ] [ ]
| **POUR LES BÉNÉFICIAIRES DU VACCIN ÂGÉS DE MOINS DE 18 ANS, LES TUTEURS SONT PRIÉS DE COCHER L'UNE DES CASES SUIVANTES :**[ ]  La vaccination de mon enfant **peut se faire sans** ma présence.[ ]  La vaccination de mon enfant **ne peut se faire qu'en** ma présence.**AUTORISATION DE VACCINATION*** J'ai reçu une copie de la fiche d'informations de l'autorisation d'utilisation d'urgence que j'ai lue ou qu'on m'a expliquée et je comprends les bienfaits et les risques du vaccin de la COVID-19.
* Je comprends que cette vaccination sera enregistrée dans le système d'information sur l'immunisation du Maine, ImmPact.
* Je comprends la nécessité de rester sur place aujourd'hui au-moins 15 minutes après la vaccination.
* **J'autorise la vaccination de la personne dont le nom apparaît ci-dessus en apposant ma signature ci-dessous.**

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature du tuteur de la personne à vacciner ou Signature de l'adulte à vacciner X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Signature de l'interprète |

|  |
| --- |
| **POUR USAGE DE BUREAU UNIQUEMENT :** |
| **Dose**  | **Date d'administration de la dose** | **Fabricant du vaccin** | **Numéro du lot** | **Volume de la dose** | **Signature et informations du fournisseur de vaccin** | **Site d'injection -****Deltoïde** | **Voie** | **Date d'autorisation d'utilisation d'urgence** |
| Dose 1\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Dose 2\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Dose 3\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | / / |  |  |  |  | GaucheDroite | [ ] IM |  |
| Carte de vaccination contre la COVID-19 créée le : [ ]  O [ ]  N | Température :  |

******