

VACCINATION ANTI-COVID19

FICHE DE CONSENTEMENT



l'Italia rinasce
con un fiore
vaccinazione
anti-Covid 19

#iomivaccinoda

#jemevaccinevda

Prénom et nom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Carte sanitaire (si disponible) :

N°

J'ai lu et j'ai bien compris la Fiche d'information à l'Annexe 1 - dont je reçois une copie - qui m'a été expliquée dans une langue que je connais.

J'ai rempli le questionnaire de santé (fiche anamnestique) à l'Annexe 2, avec des données exactes et je l'ai revu avec le Personnel sanitaire.

J'ai pu poser des questions sur le vaccin et sur mon état de santé à deux personnels de santé préposés à la vaccination, qui m'ont fourni des réponses exhaustives que j'ai bien comprises.

J'ai été correctement informé(e), de façon claire, j'ai bien compris les avantages et les risques de la vaccination, les modalités et les alternatives thérapeutiques, ainsi que les conséquences d'un éventuel refus ou d'un renoncement à l'administration de la seconde dose.

Je suis conscient(e) que si des effets secondaires apparaissent, je dois en informer immédiatement mon médecin traitant et suivre ses indications.

J'accepte de rester dans la salle d'attente pendant 15 minutes au moins après l'injection, pour vérifier si aucun effet indésirable immédiat ne survient.

CONSENTEMENT : Je donne mon consentement et j'autorise l'injection du vaccin « Pfizer -BioNTech COVID 19 ».

Date et lieu

.....
*Signature de la personne qui reçoit
le vaccin ou de son représentant légal*

REFUS : Je refuse l'injection du vaccin « Pfizer'' BioNTech COVID-19 ».

Date et lieu

.....
*Signature de la personne qui reçoit
le vaccin ou de son représentant légal*

RESERVÉ AUSL

Personnel sanitaire qui a administré le vaccin

1- Prénom et nom

Rôle

Je confirme que la personne à vacciner a exprimé son consentement à la vaccination après avoir été opportunément informée.

Signature

2- Prénom et nom

Rôle

Je confirme que la personne à vacciner a exprimé son consentement à la vaccination après avoir été opportunément informée.

Signature

Détails opérationnels de la vaccination

	Point d'injection	Lot n°	Date d'expiration	Lieu de vaccination	Date et heure	Signature de l'opérateur sanitaire
1^{ère} DOSE	dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>					
2^e DOSE	dx <input type="checkbox"/> sx <input type="checkbox"/>					

VACCINATION ANTI-COVID19

FICHE D'INFORMATION



l'Italia rinasce
con un fiore
vaccinazione
anti-Covid 19

#iomivaccinoda

#jemevaccinoda

1. Le vaccin « Pfizer-BioNTech COVID-19 » sert à prévenir la maladie COVID-19 causée par le virus SARS-CoV-2.
2. Le vaccin amène notre corps à activer un mécanisme de protection (comme la production d'anticorps) qui empêche le virus responsable de la COVID-19 de pénétrer dans nos cellules et prévient ainsi l'apparition de la maladie.
3. Le vaccin « Pfizer-BioNTech COVID-19 » peut être administré à partir de 16 ans.
4. Le vaccin ne peut pas être administré aux femmes enceintes et qui allaitent.
5. Le vaccin est administré par injection dans la partie supérieure du bras. L'administration de 2 doses, à 21 jours d'intervalle, est nécessaire.

Il est très important que vous reveniez pour la deuxième injection, sinon le vaccin pourrait ne pas être efficace.

Si vous avez oublié de revenir à la date fixée pour la seconde dose, contactez votre médecin ou la structure qui vous a administré la première dose.

6. La protection contre la COVID-19 peut ne devenir effective que 7 jours après la seconde dose de vaccin.
Le vaccin peut ne pas protéger complètement tous ceux qui le reçoivent. En effet, l'efficacité estimée à l'issue des essais cliniques (après les deux doses de vaccin) est de 95% et pourrait être réduite chez les personnes ayant des problèmes immunitaires.
Même après l'administration des deux doses du vaccin, **il est recommandé** de continuer à suivre strictement les recommandations des autorités locales de santé publique, afin de prévenir la propagation de la COVID-19.
7. Le vaccin « Pfizer-BioNTech COVID-19 » contient un ARN messenger qui ne peut pas se propager dans vos cellules, mais qui provoque la synthèse d'antigènes du virus SARS-CoV-2 (qu'il code lui-même). Les antigènes S du virus stimulent la réponse des anticorps du vacciné et la production d'anticorps neutralisants.
L'ARN messenger est enfermé dans des liposomes formés par ALC-0315 et ALC-0159 pour faciliter leur pénétration dans les cellules.
Le vaccin contient aussi d'autres excipients :
 - 1,2-Distéaroyl-sn-glycéro-3-phosphocholine
 - cholestérol
 - phosphate de sodium dibasique dihydraté
 - phosphate de potassium monobasique
 - chlorure de potassium
 - chlorure de sodium
 - saccharose
 - eau pour préparations injectables.

8. Le vaccin peut provoquer des **effets indésirables**, qui peuvent être :

Très fréquents (chez plus de 1 patient sur 10) :

- douleur, rougeur, gonflement au point d'injection
- fatigue
- maux de tête
- douleurs musculaires
- frissons
- douleurs articulaires
- fièvre

Peu fréquents (chez 1 patient sur 100 au plus) :

- gonflement des ganglions lymphatiques

Rares

Quelques rares **réactions allergiques** graves ont été rapportées après l'administration du vaccin « Pfizer-BioNTech COVID-19 » lors d'une vaccination de masse, en dehors des essais cliniques.

Les symptômes d'une réaction allergique comprennent :

- urticaire (éruption cutanée souvent associée à des démangeaisons) ;
- gonflement du visage, de la langue ou de la gorge ;
- difficulté à respirer.

En cas de symptômes sévères ou de symptômes pouvant être liés à une réaction allergique, consultez immédiatement votre médecin ou contactez les services d'urgence.

Aucun décès lié à la vaccination n'a été observé lors des études cliniques.

La liste des effets indésirables ci-dessus ne comprend pas tous les effets secondaires qui pourraient survenir après la vaccination avec le « Pfizer-BioNTech COVID-19 ».

Si vous ressentez un effet indésirable non répertorié, informez-en immédiatement votre médecin.

9. Vous ne pouvez pas contracter la COVID-19 à la suite de votre vaccination, car l'ARNm inoculé ne peut pas déclencher la réplication du virus.

10. Il est impossible à l'heure actuelle de prévoir des effets négatifs à long terme.

VACCINATION ANTI COVID-19

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ



l'Italia rinasce
con un fiore
vaccinazione
anti-Covid 19

#iomivaccinoda

#jemevaccinevda

À remplir par la personne à vacciner et revoir avec le personnel sanitaire préposé à la vaccination.

Prénom et nom :	Téléphone :		
ANAMNÈSE	OUI	NON	JE NE SAIS PAS
Êtes-vous malade actuellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous de la fièvre ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous allergique au latex, à certains aliments, à des médicaments ou à des vaccins ? Si oui, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà eu une réaction grave après une vaccination ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de maladies cardiaques ou pulmonaires, d'asthme, de maladies rénales, de diabète, d'anémie ou autres maladies du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous un déficit immunitaire ou une autre maladie comme le cancer, la leucémie ou le sida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pris des médicaments qui affaiblissent le système immunitaire (par exemple : cortisone, prednisone ou autres stéroïdes) ou des médicaments anticancéreux, ou avez-vous suivi un traitement par radiothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Au cours de l'année passée, avez-vous reçu une transfusion de sang ou de produits sanguins, vous a-t-on administré des immunoglobulines (gammaglobulines) ou des antiviraux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avez-vous déjà souffert de convulsions, de crises d'épilepsie ou de troubles neurologiques ?			
Vous a-t-on administré des vaccinations au cours des 4 dernières semaines ? Si oui, lesquelles : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Pour les femmes :</i> Êtes-vous enceinte ou envisagez-vous une grossesse dans le mois suivant l'injection de la première ou de la seconde dose de vaccin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allaitez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisez ci-dessous si vous prenez des médicaments, et notamment des anticoagulants, ou des compléments naturels, des vitamines, des minéraux ou tout autre type de médicament :
