PHỤ LỤC 5.1

SITE DE VACCINATION ……..

REPUBLIQUE SOCIALISTE DU VIET NAM
Indépendant - Liberté - Bonheur

FEUILLE DE DEPISTAGE AVANT LA VACCINATION COVID-19

Nom et prenom de l'enfant: …… Date de naissance: ……/……/…….

Male ☐ Female ☐.

N° de carte d'identite: …….....N° de Téléphone de l'enfant: ……

Profession :……

Lieu de travail/L'ecole: ……..…….....

Adresse : …….....

Nom du responsable:…… Relation avec l'enfant:……N° de Tel:……..

A recu une dose de vaccin contre COVID-19: ☐ Pas encore

☐ Déja reçu une dose, nom du vaccin : ……..

I. Dépistage	**Non**	**Oui**
1. Antécédents clairs d'anaphylaxie à un précédent vaccin COVID-19 ou à des composants du vaccin COVID-19	☐	☐
2. Antécédents clairs de COVID-19 dans les 6 mois	☐	☐
3. Avoir une maladie aiguë	☐	☐
4. Femmes enceintes *	☐	☐
4a. Femmes enceintes < 13 semaines	☐	☐
4b. Femmes enceintes ≥ 13 semaines	☐	☐
5. Anaphylaxie de grade 3 ou supérieur à tout allergène (Si oui, type d'allergène: .....)	☐	☐
6. Être gravement immunodéprimé, cancer en phase terminale subissant une chimiothérapie ou une radiothérapie	☐	☐
7. Antécédents d'allergie à tout allergène	☐	☐
8. Antécédents de troubles de la coagulation/de l'hémostase	☐	☐
9. Trouble de la perception, trouble du comportement	☐	☐
10. Signes vitaux anormaux (Le cas échéant, précisez …….. Température : oC Circuit*** : fois/minute Pression artérielle** : / mmHg Fréquence respiratoire** : fois/minute ☐	☐	☐

II. Conclusion

- *Admissible à la vaccination immédiate* ☐
  (Tous sans anomalie)
- *Contre-indications à la vaccination du même type* ☐
  (Quand il y a une anomalie dans l'article 1)
- *Vaccination retardée* ☐
  (Quand il y a une anomalie dans les items 2, 3,4a)
- *Indiqué pour l'injection dans les établissements médicaux qualifiés pour les urgences anaphylactiques* ☐
  (Quand il y a une anomalie dans l'article 5)
- *Le groupe est prudent lors de la vaccination* ☐
  (Quand il y a une anomalie dans les items 4b#, 6, 7, 8, 9, 10)

** Femmes enceintes et allaitantes : Contre-indications au vaccin Spoutnik V.*

 # Pour les femmes enceintes ≥ 13 semaines : Expliquez les avantages/risques et signez un accord si vous acceptez l'injection et le transfert vers un établissement avec une urgence obstétricale pour l'injection.

***Mesurer la tension artérielle pour les personnes ayant des antécédents d'hypertension / d'hypotension artérielle, les personnes ayant des problèmes médicaux sous-jacents liés à une maladie intraveineuse, les personnes de plus de 65 ans*

**** Mesurer le pouls, compter la respiration chez les personnes ayant des antécédents d'insuffisance cardiaque ou trouver des anomalies telles que des douleurs thoraciques, un essoufflement, etc,…*

Il est recommandé de transporter à
……...

Motif: ……

Horaire.....heure.....minutes
Date.....…….…. 2021
Personne de dépistage
(signature, nom complet)

Heure d'injection: ……..… heure……minute date……/……...../2021
Nom du vaccin: ……

III. Examen après injection ..... minutes.

- Au site d'injection: ……..……..
- Conditions générales: ……..
  ……

Horaire de départ: …..…heure ……minute
date: ……...../…….....…../2021
Guide de suivi après injection, responsable (signe): ……