

FORMULAIRE D'INFORMATIONS SUR LES CONDITIONS DES VACCINATIONS ET LEURS CONSEQUENCES

Je, soussigné(e)

Né(e) le à.....

Résidant (adresse)

Tel

Email

Déclare avoir été vacciné(e) :

1 dose le par à (adresse)

2 doses le par à (adresse).....

3 doses le par à (adresse).....

4 doses le par à (adresse).....

1. Information dispensée relative à la nature et/ou composition du vaccin :

- Avez-vous été informé(e) du type de vaccins existant et disponibles (avec ou sans ARN messenger, nombre de doses...) ? OUI NON
 - Si oui pour lequel ? Pfizer Moderna Astrazeneca Johnson
- Avez-vous été informé(e) de la composition du vaccin dont l'injection vous a été proposée ? OUI NON

2. Informations recueillies relatives à votre état de santé :

- Vous a-t-on demandé si vous aviez des pathologies actuelles, anciennes ou des allergies ? OUI NON
- A-t-on vérifié votre état de santé (prise de constantes, signes de fièvre...) ? OUI NON
- Vous a-t-on demandé si vous présentiez des comorbidités ? OUI NON
- Le rapport bénéfice/risque vous concernant a-t-il été évoqué ? OUI NON
- Vous a-t-on clairement informé(e) sur les risques liés aux effets secondaires constatés après l'injection du vaccin ? OUI NON

- Vous a –t-on évoqué une liste d'effets secondaires fréquents survenant dans les 3 semaines suivant l'injection ? OUI NON
- Vous a –t-on fait part des quelques cas graves survenus après vaccination ? OUI NON
- Vous a-t-on informé(e) de la nécessité de contacter un médecin en cas d'apparition de signes anormaux (en vous les précisant) ? OUI NON

3. Information dispensée relative aux effets attendus du vaccin :

- Vous a –t-on dit que ce vaccin allait vous permettre ?

De ne pas contaminer les autres	OUI	NON
De moins contaminer les autres	OUI	NON
De ne pas être contaminé	OUI	NON
De ne pas risquer des formes graves	OUI	NON

- Vous a –t-on dit que vous devriez régulièrement recevoir des doses de rappel ? OUI NON
- Vous a-t-on dit que, malgré le vaccin, vous alliez devoir toujours respecter les gestes barrières et le port du masque ? OUI NON

4. Etendue de votre consentement :

Vous a-t-on demandé de signer un formulaire de consentement évoquant notamment que « *Vous donniez votre plein consentement pour recevoir le vaccin COVID-19 de votre propre volonté* » ou une formule approchante évoquant votre libre consentement éclairé et votre volonté de recevoir le vaccin ? OUI NON

- Ce papier a-t-il été signé par la personne qui a administré le vaccin et par vous-même ? OUI NON
- Vous a-t-on donné un double de ce document ? OUI NON
- Estimez-vous avoir été suffisamment informé(e) pour décider de faire ce vaccin ? OUI NON

5. Conditions d'obtention de votre consentement :

- Avez-vous accepté ce vaccin :

- Parce que vous êtes convaincu(e) de son efficacité : OUI _____ NON _____

Pour protéger les autres
Pour vous protéger
Pour ne pas souffrir de formes graves
Pour stopper l'épidémie

- Parce que vous voulez pouvoir :

Conserver votre emploi
Rendre visite à une personne hospitalisée ou résidant en EHPAD
Accéder aux lieux de culture et de spectacle
Accéder aux activités sportives
Pouvoir accéder facilement aux centres de soin
Pouvoir utiliser les transports en commun (avions, TGV, Bateaux ...)
Ne pas être pénalisé si un choix pouvait être appliqué dans les centres de soins
Pouvoir aller et venir sans contrainte
Ne pas être considéré comme un mauvais citoyen
Conserver de bonnes relations avec vos amis et vos proches

- Estimez-vous avoir cédé à une pression autre que sanitaire qui vous aurait contraint à recevoir ces injections? OUI _____ NON _____

6. Votre prise en charge lors de la vaccination :

- Avez-vous été gardé(e) en observation après l'injection ? OUI _____ NON _____
 - Si OUI, combien de temps ?

7. Effets secondaires :

- Avez-vous présenté des effets secondaires après votre/vos injections ? OUI NON
 - Si OUI :
 - Après quelle dose ?

 - Combien de temps après l'injection ?

 - Quels effets secondaires ?

- Avez-vous consulté un professionnel de santé au titre de ces effets secondaires ?
OUI NON
 - Si OUI, quel type de professionnel ?
 - Ses coordonnées :

- Quelle prise en charge vous a été proposée ?

- Un signalement de ces effets secondaires a-t-il été fait par le professionnel de santé consulté ? OUI NON
 - Si NON, pourquoi ?

- Les effets secondaire se sont-ils résorbés ? OUI NON
 - Si OUI : dans quel délai ?
 - Si après un traitement, lequel ?
 - Si NON, décrire votre état de santé actuel et les conséquences subies.

J'accepte que ces informations soient utilisées confidentiellement par l'association ARTHEMISIA et suis informé(e) qu'elles seront traitées conformément aux règles applicables en matière de RGPD.

J'accepte que ces informations soient utilisées pour faire valoir mes droits, après validation préalable de l'action envisagée par mes soins, notamment en cas d'effets secondaires, auprès des personnes ou entités responsables des préjudices, physiques, moraux, professionnels ... que je pourrais subir suite à cette vaccination.

A....., le

Signature