

A REMPLIR PAR LA PATIENTE, PUIS A REMETTRE AU GYNECOLOGUE

VACCINATION

Quel type de vaccin ?	<input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Comirnaty (Pfizer/BioNTech) <input type="checkbox"/> AUTRE:
Date de la 1ère dose (Jour/Mois/Année)
Date de la 2ème dose (Jour/Mois/Année)

EFFETS SECONDAIRES après la 1^{ère} injection

Réaction(s) locale(s) après la 1ère injection ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
<ul style="list-style-type: none"> Si oui, quelle(s) réaction(s) locale(s) ? 	<input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Gonflement/Œdème <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Autre
Si Autre : précisez
<ul style="list-style-type: none"> Quand ? 	<input type="checkbox"/> Entre l'injection et 7 jours après la 1ère injection ? <input type="checkbox"/> 8 à 14 jours après la 1ère injection <input type="checkbox"/> 15 jours à 1 mois après la 1ère injection <input type="checkbox"/> > 1 mois après la 1ère injection <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Réaction(s) systémique(s) après la 1ère injection ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
<ul style="list-style-type: none"> Si oui, quelle(s) réaction(s) systémique(s) ? 	<input type="checkbox"/> Fièvre ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> maux de tête <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Vomissement <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Douleur musculaire <input type="checkbox"/> Douleur articulaire <input type="checkbox"/> Autre
Si Autre : précisez
<ul style="list-style-type: none"> Quand ? 	<input type="checkbox"/> Entre l'injection et 7 jours après la 1ère injection ? <input type="checkbox"/> 8 à 14 jours après la 1ère injection <input type="checkbox"/> 15 jours à 1 mois après la 1ère injection <input type="checkbox"/> > 1 mois après la 1ère injection <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Effet(s) secondaire(s) SEVERE(s) après la 1ère injection ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
<ul style="list-style-type: none"> Si oui, quel(s) évènement(s) sévère(s) ? 	<input type="checkbox"/> Hospitalisation possiblement liée à la vaccination <input type="checkbox"/> Admission maternelle aux soins intensifs possiblement liée à la vaccination <input type="checkbox"/> Choc anaphylactique <input type="checkbox"/> Autre évènement sévère
Si Autre : précisez
<ul style="list-style-type: none"> Quand ? 	<input type="checkbox"/> Entre l'injection et 7 jours après la 1ère injection ? <input type="checkbox"/> 8 à 14 jours après la 1ère injection <input type="checkbox"/> 15 jours à 1 mois après la 1ère injection <input type="checkbox"/> > 1 mois après la 1ère injection <input type="checkbox"/> Ne sait pas

EFFETS SECONDAIRES après la 2^{ème} injection

Réaction(s) locale(s) après la 2ème injection ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
<ul style="list-style-type: none"> Si oui, quelle(s) réaction(s) locale(s) ? 	<input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Gonflement/Œdème <input type="checkbox"/> Douleur <input type="checkbox"/> Autre
Si Autre : précisez
<ul style="list-style-type: none"> Quand ? 	<input type="checkbox"/> Entre l'injection et 7 jours après la 2ème injection ? <input type="checkbox"/> 8 à 14 jours après la 2ème injection <input type="checkbox"/> 15 jours à 1 mois après la 2ème injection <input type="checkbox"/> > 1 mois après la 2ème injection <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Réaction(s) systémique(s) après la 2ème injection ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
<ul style="list-style-type: none"> Si oui, quelle(s) réaction(s) systémique(s) ? 	<input type="checkbox"/> Fièvre (>= 38°C) <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> maux de tête <input type="checkbox"/> Frissons <input type="checkbox"/> Vomissement <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Douleur musculaire <input type="checkbox"/> Douleur articulaire <input type="checkbox"/> Autre
Si Autre : précisez
<ul style="list-style-type: none"> Quand ? 	<input type="checkbox"/> Entre l'injection et 7 jours après la 2ème injection ? <input type="checkbox"/> 8 à 14 jours après la 2ème injection <input type="checkbox"/> 15 jours à 1 mois après la 2ème injection <input type="checkbox"/> > 1 mois après la 2ème injection <input type="checkbox"/> Ne sait pas
Effet(s) secondaire(s) SEVERE(s) après la 2ème injection ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
<ul style="list-style-type: none"> Si oui, quel(s) évènement(s) sévère(s) ? 	<input type="checkbox"/> Hospitalisation possiblement liée à la vaccination <input type="checkbox"/> Admission maternelle aux soins intensifs possiblement liée à la vaccination <input type="checkbox"/> Choc anaphylactique <input type="checkbox"/> Autre évènement sévère
Si Autre : précisez
<ul style="list-style-type: none"> Quand ? 	<input type="checkbox"/> Entre l'injection et 7 jours après la 2ème injection ? <input type="checkbox"/> 8 à 14 jours après la 2ème injection <input type="checkbox"/> 15 jours à 1 mois après la 2ème injection <input type="checkbox"/> > 1 mois après la 2ème injection <input type="checkbox"/> Ne sait pas

Eventuel TEST COVID-19 EFFECTUE

<ul style="list-style-type: none"> Malgré le vaccin (1^{er} ou 2^e dose), vous avez peut-être eu des symptômes du COVID-19. Dans ce cas, un test COVID est recommandé : 	Date : Résultat :
--	-------------------------------

PATIENTE : je consens à ce que ces données, celles de l'issue de ma grossesse ainsi que celles liées à une éventuelle infection puisse être utilisées à des fins de recherche permettant d'améliorer la prise en charge des patientes enceintes	
NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Signature :