

# A REMPLIR PAR LA PATIENTE, PUIS A REMETTRE A L'INVESTIGATEUR

## AVANT LA VACCINATION

Avez-vous été testée <b>positive</b> au SARS-CoV-2?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
Si oui, quel test ?	<input type="checkbox"/> PCR nasopharyngée	<input type="checkbox"/> Test antigénique	<input type="checkbox"/> Sérologie
Date du test :	..... (Jour/Mois/Année)		
Quels symptômes avez-vous présenté ?	<input type="checkbox"/> AUCUN SYMPTOME	<input type="checkbox"/> Fatigue	
	<input type="checkbox"/> Fièvre : <38 / 38-39 / >39 °C	<input type="checkbox"/> Céphalée / mal de tête	
	<input type="checkbox"/> Toux	<input type="checkbox"/> Nausées / vomissements	
	<input type="checkbox"/> Dyspnée / souffle court	<input type="checkbox"/> Glaires accompagnant la toux	
	<input type="checkbox"/> Mal de gorge	<input type="checkbox"/> Perte du goût / odorat	
<input type="checkbox"/> Douleur musculaire	<input type="checkbox"/> Autres : .....		
Avez-vous été hospitalisée pour le COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> OUI	Dans quel hôpital ?	Avez-vous reçu de l'oxygène ?
	<input type="checkbox"/> NON	.....	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

## VACCINATION - 1<sup>ère</sup> injection

Quel type de vaccin ?	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Comirnaty (Pfizer/BioNTech)	<input type="checkbox"/> Autre : .....
<b>Date de la 1<sup>ère</sup> dose</b>	..... (Jour/Mois/Année)		
• Site d'injection	<input type="checkbox"/> Bras droit	<input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> Autre : .....
• Lieu de vaccination	<input type="checkbox"/> Gynécologue/Sage-femme (cabinet privé)	<input type="checkbox"/> Centre de vaccination	
	<input type="checkbox"/> Gynécologue/Sage-femme (hôpital)	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste	
	<input type="checkbox"/> Programme de vaccination au travail	<input type="checkbox"/> Pharmacien	
• Avez-vous pris des médicaments contre la fièvre le jour de la vaccination ? (Dafalgan, Ibuprofène...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
Réaction locale ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
• Si oui, quelle réaction locale ?	<input type="checkbox"/> Gonflement/Œdème	<input type="checkbox"/> Rougeur	<input type="checkbox"/> Douleur
	<input type="checkbox"/> Démangeaison	<input type="checkbox"/> Hématome	<input type="checkbox"/> Induration
• Quand ?	<input type="checkbox"/> les <b>7 premiers jours</b> après 1 <sup>ère</sup> injection ?	<input type="checkbox"/> > <b>1 mois</b> après la 1 <sup>ère</sup> injection	
	<input type="checkbox"/> <b>8 à 14 jours</b> après 1 <sup>ère</sup> injection	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	
	<input type="checkbox"/> <b>15 jours à 1 mois</b> après 1 <sup>ère</sup> injection		
Réaction systémique ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
• Si oui, quelle réaction systémique ?	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Fièvre (>= 38°C)	<input type="checkbox"/> Céphalées (mal de tête)
	<input type="checkbox"/> Frissons	<input type="checkbox"/> Vomissement	<input type="checkbox"/> Douleur musculaire
	<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/> Douleur articulaire	
	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Malaise	<input type="checkbox"/> Autre : .....
• Quand ?	<input type="checkbox"/> les <b>7 premiers jours</b> après 1 <sup>ère</sup> injection ?	<input type="checkbox"/> > <b>1 mois</b> après la 1 <sup>ère</sup> injection	
	<input type="checkbox"/> <b>8 à 14 jours</b> après 1 <sup>ère</sup> injection	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	
	<input type="checkbox"/> <b>15 jours à 1 mois</b> après 1 <sup>ère</sup> injection		
Effet secondaire SEVERE ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
• Si oui, quel évènement sévère ?	<input type="checkbox"/> Hospitalisation possiblement liée à la vaccination		
	<input type="checkbox"/> Admission maternelle aux soins intensifs		
	<input type="checkbox"/> Choc anaphylactique		
	<input type="checkbox"/> Autre évènement sévère : .....		
• Quand ?	<input type="checkbox"/> les <b>7 premiers jours</b> après 1 <sup>ère</sup> injection ?	<input type="checkbox"/> > <b>1 mois</b> après la 1 <sup>ère</sup> injection	
	<input type="checkbox"/> <b>8 à 14 jours</b> après 1 <sup>ère</sup> injection	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	
	<input type="checkbox"/> <b>15 jours à 1 mois</b> après 1 <sup>ère</sup> injection		

## VACCINATION – 2<sup>e</sup> injection

VACCINATION – 2 <sup>e</sup> injection				
<b>Date de la 2<sup>ème</sup> dose</b> ..... (Jour/Mois/Année)				
• Site d'injection	<input type="checkbox"/> Bras droit	<input type="checkbox"/> Bras gauche	<input type="checkbox"/> Autre : .....	
• Lieu de vaccination	<input type="checkbox"/> Gynécologue/Sage-femme (cabinet privé)	<input type="checkbox"/> Centre de vaccination		
	<input type="checkbox"/> Gynécologue/Sage-femme (hôpital)	<input type="checkbox"/> Médecin généraliste		
	<input type="checkbox"/> Programme de vaccination au travail	<input type="checkbox"/> Pharmacien		
• Avez-vous pris des médicaments contre la fièvre le jour de la vaccination ? (Dafalgan, Ibuprofène...)				
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS	
Réaction locale après 2 <sup>ème</sup> injection ?				
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS	
• Si oui, quelle réaction locale ?	<input type="checkbox"/> <b>Gonflement/Œdème</b>	<input type="checkbox"/> <b>Rougeur</b>	<input type="checkbox"/> Douleur	<input type="checkbox"/> Induration
	<input type="checkbox"/> Démangeaison	<input type="checkbox"/> Hématome	<input type="checkbox"/> Chaleur	<input type="checkbox"/> Autre .....
• Quand ?	<input type="checkbox"/> les <b>7 premiers jours</b> après 2 <sup>ème</sup> injection ?		<input type="checkbox"/> > <b>1 mois</b> après la 1 <sup>ère</sup> injection	
	<input type="checkbox"/> <b>8 à 14 jours</b> après 2 <sup>ème</sup> injection		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	
	<input type="checkbox"/> <b>15 jours à 1 mois</b> après 2 <sup>ème</sup> injection			
Réaction systémique après 2 <sup>ème</sup> injection ?				
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS	
• Si oui, quelle réaction systémique ?	<input type="checkbox"/> Fatigue	<input type="checkbox"/> Fièvre (>= 38°C)	<input type="checkbox"/> Céphalées (mal de tête)	
	<input type="checkbox"/> Frissons	<input type="checkbox"/> Vomissement	<input type="checkbox"/> Douleur musculaire	
	<input type="checkbox"/> Nausées	<input type="checkbox"/> Douleur articulaire	<input type="checkbox"/> Autre : .....	
	<input type="checkbox"/> Diarrhée	<input type="checkbox"/> Malaise		
• Quand ?	<input type="checkbox"/> les <b>7 premiers jours</b> après 2 <sup>ème</sup> injection ?		<input type="checkbox"/> > <b>1 mois</b> après la 1 <sup>ère</sup> injection	
	<input type="checkbox"/> <b>8 à 14 jours</b> après 2 <sup>ème</sup> injection		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	
	<input type="checkbox"/> <b>15 jours à 1 mois</b> après 2 <sup>ème</sup> injection			
Effet secondaire SEVERE après 2 <sup>ème</sup> injection ?				
	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> NE SAIT PAS	
• Si oui, quel évènement sévère ?	<input type="checkbox"/> Hospitalisation possiblement liée à la vaccination			
	<input type="checkbox"/> Admission maternelle aux soins intensifs			
	<input type="checkbox"/> Choc anaphylactique			
	<input type="checkbox"/> Autre évènement sévère : .....			
• Quand ?	<input type="checkbox"/> les <b>7 premiers jours</b> après 2 <sup>ème</sup> injection ?		<input type="checkbox"/> > <b>1 mois</b> après la 1 <sup>ère</sup> injection	
	<input type="checkbox"/> <b>8 à 14 jours</b> après 2 <sup>ème</sup> injection		<input type="checkbox"/> Ne sait pas	
	<input type="checkbox"/> <b>15 jours à 1 mois</b> après 2 <sup>ème</sup> injection			

### Eventuel TEST COVID-19 EFFECTUE APRES VACCINATION

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malgré le vaccin (1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> dose), vous avez peut-être eu <b>des symptômes du COVID-19</b>.</li> <li>• Dans ce cas, un test COVID est recommandé</li> </ul>	<b>Date début des symptômes</b> ..... <b>Date du test :</b> .....	<b>Quel test ?</b> <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Test antigénique <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS	<b>Résultat :</b> <input type="checkbox"/> POSITIF <input type="checkbox"/> NEGATIF <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
Quels symptômes avez-vous présenté ?	<input type="checkbox"/> AUCUN SYMPTOME <input type="checkbox"/> Fièvre : <38 / 38-39 / >39 °C <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> Dyspnée / souffle court <input type="checkbox"/> Mal de gorge <input type="checkbox"/> Douleur musculaire	<input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Céphalée / mal de tête <input type="checkbox"/> Nausées / vomissements <input type="checkbox"/> Glaires accompagnant la toux <input type="checkbox"/> Perte du goût / odorat <input type="checkbox"/> AUTRES : .....	

**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 :**

