

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

covipreg@chuv.ch

Prof. D. BAUD - Maternité du CHUV, Av. Pierre Decker 2, 1011 Lausanne

Terme prévu de la grossesse :		
AVANT LA VACCINATION			
Avez-vous été testée positive 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 <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS
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"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	<input type="checkbox"/> NON		
VACCINATION - 1^{ère} injection			
Quel type de vaccin ?	<input type="checkbox"/> Moderna	<input type="checkbox"/> Comirnaty (Pfizer/BioNTech)	<input type="checkbox"/> Autre :
Date de la 1^{ère} dose (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"/> Induration
	<input type="checkbox"/> Démangeaison	<input type="checkbox"/> Hématome	<input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Autre
• Quand ?	<input type="checkbox"/> les 7 premiers jours après 1 ^{ère} injection ?	<input type="checkbox"/> > 1 mois après la 1 ^{ère} injection	
	<input type="checkbox"/> 8 à 14 jours après 1 ^{ère} injection	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	
	<input type="checkbox"/> 15 jours à 1 mois après 1 ^{ère} 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 7 premiers jours après 1 ^{ère} injection ?	<input type="checkbox"/> > 1 mois après la 1 ^{ère} injection	
	<input type="checkbox"/> 8 à 14 jours après 1 ^{ère} injection	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	
	<input type="checkbox"/> 15 jours à 1 mois après 1 ^{ère} 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 7 premiers jours après 1 ^{ère} injection ?	<input type="checkbox"/> > 1 mois après la 1 ^{ère} injection	
	<input type="checkbox"/> 8 à 14 jours après 1 ^{ère} injection	<input type="checkbox"/> Ne sait pas	
	<input type="checkbox"/> 15 jours à 1 mois après 1 ^{ère} injection		

VACCINATION – 2^e injection

Date de la 2^{ème} dose				(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"/> Gynécologue/Sage-femme (hôpital)	<input type="checkbox"/> Programme de vaccination au travail	<input type="checkbox"/> Centre de vaccination			<input type="checkbox"/> Médecin généraliste
• 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 ^{ème} injection ?		<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"/> Induration			
		<input type="checkbox"/> Démangeaison	<input type="checkbox"/> Hématome	<input type="checkbox"/> Chaleur	<input type="checkbox"/> Autre			
• Quand ?		<input type="checkbox"/> les 7 premiers jours après 1 ^{ère} injection ?		<input type="checkbox"/> > 1 mois après la 1 ^{ère} injection				
		<input type="checkbox"/> 8 à 14 jours après 1 ^{ère} injection		<input type="checkbox"/> Ne sait pas				
		<input type="checkbox"/> 15 jours à 1 mois après 1 ^{ère} injection						
Réaction systémique après 2 ^{ème} 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 7 premiers jours après 1 ^{ère} injection ?		<input type="checkbox"/> > 1 mois après la 1 ^{ère} injection				
		<input type="checkbox"/> 8 à 14 jours après 1 ^{ère} injection		<input type="checkbox"/> Ne sait pas				
		<input type="checkbox"/> 15 jours à 1 mois après 1 ^{ère} injection						
Effet secondaire SEVERE après 2 ^{ème} 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 7 premiers jours après 1 ^{ère} injection ?		<input type="checkbox"/> > 1 mois après la 1 ^{ère} injection				
		<input type="checkbox"/> 8 à 14 jours après 1 ^{ère} injection		<input type="checkbox"/> Ne sait pas				
		<input type="checkbox"/> 15 jours à 1 mois après 1 ^{ère} injection						

Eventuel TEST COVID-19 EFFECTUE APRES VACCINATION

<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 début des symptômes Date du test :	Quel test ? <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Test antigénique <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS	Résultat : <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 :