

FICHE DE DECLARATION DES MANIFESTATIONS POSTVACCINATION CONTRE LA COVID-19

Date de la déclaration :/...../.....

1. Notificateur

Nom et prénom : Tel :
 Profession : Service :
 Institution : E-mail :

2. Patient(e) vacciné(e)

Nom et prénom : Sexe : M F
 Date de naissance : Age : Tel :
 Adresse :
 E-mail :

3. Date de la vaccination :/...../..... Heure:..... Lieu :

4. Vaccin				Diluant		
Nom du vaccin et du fabricant	Dose (1 ^{re} , 2 ^{ème} , etc.)	N° du Lot	Date d'expiration	Nom et N° du Lot	Date d'expiration	Date et Heure de reconstitution

5. Manifestations post vaccinales indésirables (MAPI)

Réaction locale sévère	>3 jours	au-delà de l'articulation la plus proche	Date de début de la MAPI :...../...../.....
Convulsions	fébriles	apyrétiqes	Heure :.....
Abcès			Description de la MAPI (Signes et symptômes) :
Réaction allergique ou d'allure allergique		Anaphylaxie
Fièvre ≥ 38°C		
Adénopathie/Lymphadénopathie		
Encéphalopathie		
Paralysie faciale		
Thrombocytopénie		
Autre à spécifier :

6. Gravité de la MAPI : MAPI non grave MAPI grave

Décès : Si oui, préciser la Date du décès :..... et heure..... Autopsie : Oui Non Inconnu
 Mise en jeu du pronostic vital Invalidité/Handicap Anomalie congénitale
 Hospitalisation ou prolongation d'hospitalisation Si hospitalisation, préciser : La date:..... La durée :.....
 Le Lieu :

7. Evolution

Favorable En cours de guérison Non guéri(e) Guéri(e) avec séquelles Inconnue

8. Antécédents de la personne vaccinée

MAPI antérieure : Non Oui Si oui à préciser :.....
 Allergie connue à un médicament : Non Oui Si oui à préciser :.....
 Maladie chronique : Non Oui Si oui à préciser :.....
 Prise de médicaments au cours de la manifestation ou au long cours: Non Oui Si oui à préciser :.....

9. Préciser si l'incident a fait l'objet d'une enquête : Non Oui Préciser la date planifiée :/...../.....

10. Niveau régional/National: Date de réception de la déclaration :...../...../..... N°Fichier Vigiflow :