

Moderna Monovalent

Pfizer Monovalent

5 years and older  
COVID-19 Vaccine- French

Cass County Health Department

DATE DE NAISSANCE

Nom (Famille) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_ Mi \_\_\_\_\_ #Téléphone \_\_\_\_\_ (Mois/Jour/Année) \_\_\_\_\_ (Age) \_\_\_\_\_

Sexe  M  F

Adresse (Rue) \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ État \_\_\_\_\_ Code Postal \_\_\_\_\_  
 Non Hispanique / Non Latino  Indien Américain / Natif d'Alaska  Asiatique  
Ethnicité  Hispanique / Latino  Noir/ Afro-américain  Blanche  
 Inconnu / Non reporté  Plus d'une race  Natif d'Hawaii  
 Autre îles Pacifiques  Refusé

Contact en cas d'urgence, Nom: \_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

Compagnie d'assurance : \_\_\_\_\_  Pas d'assurance médicale

# Police ou ID \_\_\_\_\_ Groupe \_\_\_\_\_

<b>Vous ou votre enfant avez de la fièvre aujourd'hui ? *Contraindicated if fever or acute serious illness</b>	Oui	Non	Incertain
<b>Avez-vous/votre enfant déjà reçu une dose de vaccin contre la COVID-19? Type : _ Date : _____</b> Recu at CCHD? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Oui	Non	Incertain
<b>Avez-vous/votre enfant reçu la série de deux doses du vaccin Covid-19? Type : _____ Date : _____</b> Recu at CCHD? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Oui	Non	Incertain
<b>Avez-vous/votre enfant a-t-il reçu une troisième dose du vaccin Covid-19 ?</b> Type: _____ Date of Completion: _____ Recu at CCHD? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Yes	Non	Incertain
<b>Avez-vous/votre enfant a-t-il déjà eu une réaction grave (anaphylaxie) à quelque chose ?</b> <b>*Must monitor for 30 minutes post vaccination</b>	Oui	Non	Incertain
<b>La réaction a-t-elle été grave après un vaccin contre la COVID-19 ?</b> <b>*Contraindicated-refer to allergist / immunologist</b>	Oui	Non	Incertain
<b>La réaction grave a-t-elle été provoquée par la réception d'un autre vaccin ou d'un autre médicament injectable ?*Contraindicated-refer to allergist / immunologist</b>	Oui	Non	Incertain
<b>Êtes-vous ou votre enfant actuellement placé en quarantaine/isolement ?</b>	Oui	Non	Incertain
<b>Votre système immunitaire est-il affaibli ou votre enfant prend-il des médicaments ou des thérapies immunosuppressives ?</b> <b>*Immunocompromised persons, including individuals receiving immunosuppressant therapy, may have adiminished immune response to the COVID-19 Vaccine.</b>	Oui	Non	Incertain
<b>Vous/votre enfant souffrez d'un trouble de la coagulation ou prenez-vous un anticoagulant ?</b> <b>*23G or smaller needle and firm pressure for two or more minutes</b>	Oui	Non	Incertain
<b>Vous/votre enfant vous êtes évanoui après avoir reçu une injection ?</b>	Oui	Non	Incertain
<b>Avez-vous/votre enfant développé une péricardite/myocardite après avoir reçu un vaccin à ARNm ? (Contraindicated)</b>	Oui	Non	Incertain
<b>Avez-vous/votre enfant avez-vous des antécédents de péricardite/myocardite dans les 3 semaines suivant un vaccin contre la COVID-19 ?</b>	Oui	Non	Incertain
<b>Avez-vous/votre enfant déjà reçu un diagnostic de MIS-C ou MIS-A (syndrome inflammatoire multisystémique) ?</b>			

J'autorise le Département de santé du comté de Cass (CCHD) à me fournir des services/à mon enfant. J'autorise le paiement des prestations Medicaid/ AllKIDS/ Medicare/ Private Insurance au CCHD pour les services rendus. Je reconnais avoir lu et compris les effets secondaires possibles tels que décrits dans les fiches d'information sur les vaccins du CDC et la fiche d'information destinée aux receveurs et aux soignants.

J'autorise moi-même ou mon enfant à recevoir un ou plusieurs vaccins.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Moderna Monovalent

Pfizer Monovalent

5 years and older  
COVID-19 Vaccine- French

Cass County Health Department

Vaccine	Dose	Route	Deltoid	Thigh	Dose	Source	Lot#	EXP Date	VIS Pub Date
<b>MODERNA Monovalent</b> Covid-19 (5 years and older) 2023-24 formula  See CDC Standing Orders for administration guidelines	0.25 ml <small>Single dose-dark blue cap green label</small> 0.50 ml <small>Single dose vial dark blue cap/blue label or manufacturer filled with dark blue box on label</small>	IM	Right  Left	Right  Left	1 <sup>st</sup> 2 <sup>nd</sup> 3 <sup>rd</sup>  Booster	F S P			
<b>PFIZER Monovalent</b> Covid-19 (5 years and older) 2023-24 formula  See CDC Standing Orders for administration guidelines	0.3 mL	IM	Right  Left	Right  Left	1 <sup>st</sup> 2 <sup>nd</sup> 3 <sup>rd</sup>  Booster	F S P			
Nurse Signature: _____ Date: _____ Adm. Time: _____									

Form Reviewed By/Vaccine Administered By:

Location: \_\_\_\_\_

Service given per CCHD Standing Order/EUA Other: \_\_\_\_\_

Entered into ICARE: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

\*