

Moderna Monovalent Pfizer Monovalent

6 months – 4 years

Covid-19 Vaccine-French

Cass County Health Department

DATE DE NAISSANCE

_____/_____/_____
 Nom de patient (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 Race Noir/ Afro-américain Blanche
 Inconnu / Non reporté Plus d'une race Natif d'Hawaii
 Autre îles Pacifiques Refusé

Nom du parent / Tuteur: _____ Téléphone: _____

Compagnie d'assurance : _____ Pas d'assurance médicale

Police ou ID _____ Groupe _____

Votre enfant est-il malade aujourd'hui? *Contre-indiqué si fièvre ou maladie grave.	Oui	Non	Incertain
Votre enfant a-t-il déjà reçu une dose de vaccin COVID-19? Quel type? _____ La date de vaccination: _____ Reçu à CCHD? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui	Non	Incertain
Votre enfant a-t-il déjà reçu la série de deux doses du vaccin Covid-19? Quel type? _____ La date de vaccination: _____ Reçu à CCHD? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui	Non	Incertain
Est-ce que votre enfant a reçu une troisième dose du vaccin Covid-19? (enfants immunodéprimés) Quel type? _____ La date de vaccination? _____ Reçu à CCHD? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui	Non	Incertain
Est-ce que votre enfant a déjà eu une réaction allergique sévère à quelque chose (anaphylaxie) ? *Doit être surveillé après la vaccination pendant 30 minutes.	Oui	Non	Incertain
La réaction grave a-t-elle été causée par un vaccin de COVID-19? *Contre-indiqué - Consulter l'allergologue / Immunologiste	Oui	Non	Incertain
La réaction grave a-t-elle été causée après avoir reçu un autre vaccin ou un autre médicament injectable ? *Contre-indiqué - Consulter l'allergologue / Immunologiste	Oui	Non	Incertain
Est-ce que votre enfant est présentement placé en quarantaine / isolation?	Oui	Non	Incertain
Est-ce que votre enfant a un système immunitaire affaibli ou prend-t-il des médicaments immunosuppresseurs ou des thérapies? *Les personnes immunodéprimées, y compris les personnes recevant un traitement immunosuppresseur, peuvent avoir une réponse immunitaire diminuée au vaccin COVID-19.	Oui	Non	Incertain
Est-ce que votre enfant a un trouble de la coagulation ou prend-t-il un anticoagulant? *23G ou plus petite aiguille et pression ferme pendant deux minutes ou plus.	Oui	Non	Incertain
Est-ce que votre enfant s'est-il déjà évanouie après avoir reçu une injection ?	Oui	Non	Incertain
Est-ce que votre enfant a-t-il développé des antécédents de myocardite/péricardite après avoir reçu un vaccin de mRNA ? (Contre-indiqué)	Oui	Non	Incertain
Votre enfant a-t-il des antécédents de péricardite/myocardite dans les trois semaines suivant un vaccin contre la COVID-19			
Est-ce que votre enfant a déjà été diagnostiqué au MIS-C ou MIS-A (le syndrome inflammatoire multi systémique)?	Oui	Non	Incertain

Je donne mon autorisation au Cass County Département de santé (CCHD) à me fournir leurs services à mon enfant. J'autorise le paiement du Medicaid / AllKIDS/ Medicare / avantages assurances privées à la CCHD pour les services rendus. Je reconnais que j'ai lu et compris les effets secondaires possibles, tel que décrit dans les fiches d'information vaccin CDC et fiche d'information pour les bénéficiaires et les soignants.

J'autorise mon enfant ou moi-même à recevoir le(s) vaccin(s).

Signature: _____ Date: _____

Nom du parent / tuteur: _____

Moderna Monovalent

Pfizer Monovalent

6 months – 4years

Covid-19 Vaccine-English

Cass County Health Department

****Office use only below this line****

Vaccine	Dose	Route	Deltoid	Thigh	Dose	Source	Lot#	EXP Date	VIS Pub Date
MODERNA Covid-19 (6 months - <u>4 years</u>) See CDC Standing Orders for administration guidelines	0.25 mL	IM	Right Left	Right Left	1 st 2 nd 3 rd Booster	F S P			
PFIZER Covid-19 (6 months - <u>4 years</u>) See CDC Standing Orders for administration guidelines	0.3 mL	IM	Right Left	Right Left	1 st 2 nd 3 rd 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: _____