

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 Race 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 _____

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui? *Contre-indiqué si fièvre ou maladie grave *Contraindicated if fever or acute serious illness	Oui	Non	Incertain
Avez-vous déjà reçu une dose de vaccin COVID-19? Taper? : _____ La date d'achèvement?: _____	Oui	Non	Incertain
Reçu à CCHD? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Avez-vous reçu la série de deux doses du vaccin Covid-19? Taper? : _____ La date d'achèvement?: _____	Oui	Non	Incertain
Reçu à CCHD? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Avez-vous obtenu une troisième dose du vaccin Covid-19? Taper?: _____ La date d'achèvement? _____ Reçu à CCHD? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui	Non	Incertain
Avez-vous reçu des doses de rappel? Taper?: _____ La date d'achèvement? _____ Reçu à CCHD? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui	Non	Incertain
Avez-vous eu une réaction allergique sévère à quelque chose (anaphylaxie) ? *Doit être surveillé après la vaccination pendant 30 minutes. *Must monitor for 30 minutes post vac	Oui	Non	Incertain
La réaction grave a-t-elle été causée par un vaccin COVID-19? *Contre-indiqué - Consulter l'allergologue / Immunologiste *Contraindicated-refer to allergist / immunologist	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 *Contraindicated-refer to allergist / immunologist	Oui	Non	Incertain
Etes-vous en quarantaine?	Oui	Non	Incertain
Avez-vous eu un test positif pour le COVID-19 ou un médecin vous a-t-il déjà dit que vous aviez le COVID-19?	Oui	Non	Incertain
Avez-vous un système immunitaire affaibli ou prenez-vous 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. *Immunocompromised persons, including individuals receiving immunosuppressant therapy, may have a diminished immune response to the COVID-19 Vaccine.	Oui	Non	Incertain
Avez-vous un trouble de la coagulation ou prenez-vous un anticoagulant? *Aiguille de 23G ou plus petite et pression ferme pendant deux minutes ou plus. *23G or smaller needle and firm pressure for two or more minutes	Oui	Non	Incertain
Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous? *Doit avoir une prescription d'un obstétricien. *Must have prescription from obstetrician	Oui	Non	Incertain
Avez-vous des antécédents de myocardite/péricardite? (Si oui, une note du médecin avec l'approbation de recevoir le vaccin doit être fournie.)	Oui	Non	Incertain
Avez-vous reçu un diagnostic de MIS-C ou MIS-A (le syndrome inflammatoire multisystémique)?	Oui	Non	Incertain

Je donne mon autorisation au Cass County Département de santé (CCHD) à me fournir leurs services. 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

PFIZER

Cass County Health Department

COVID-19 Vaccine

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

Vaccine	Dose	Route	Deltoid	Thigh	Dose	Source	Lot#	EXP Date	VIS Pub Date
MODERNA Bivalent COVID-19 Vaccine Booster *18 years and up *May receive 2 months after completion of a primary series of any Covid-19 Vaccine *May receive 2 months after completion of last booster dose of any previously authorized or approved Covid-19 booster vaccine and Moderna Covid-19 Vaccine	0.5 ml	IM	Right Left	Right Left	Booster 1 st	F S P			
PFIZER Bivalent COVID-19 Vaccine Booster *12 years and up *May receive 2 months after completion of a primary series of any Covid-19 Vaccine *May receive 2 months after completion of last booster dose of any previously authorized or approved Covid-19 booster vaccine and Moderna Covid-19 Vaccine	0.3 ml	IM	Right Left	Right Left	Booster 1 st	F S P			

Nurse Signature: _____ Date: _____ Adm. Time: _____

Form Reviewed By / Vaccine Administered By _____
Service given per CCHD Standing Order / EUA Other _____

Location _____
Entered into ICARE: _____ Date: _____

Moderna: COVID-19 vaccination should not be deferred in patients who received monoclonal antibody treatment or convalescent plasma.

Patients should delay taking **EVUSHELD** for two weeks after COVID-19 vaccination.