☐ MODERNA ☐ PFIZER ☐ JANSSEN

Cass County Health Department **COVID-19 Vaccine**

DATE DE NAISSANCE

_____ _____ ____ _____ ____/____/____ _____

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

_____ _____ _____ _____ **Sexe ☐ M ☐ F**

Adresse (Rue) **Ville** **État** **Code Postal**

Ethnicité
☐ Non Hispanique / Non Latino
☐ Hispanique / Latino
☐ Inconnu / Non reporté

Race
☐ Indien Américain /Natif d'Alaska
☐ Noir/ Afro-américain
☐ Plus d'une race
☐ Autre iles Pacifiques
☐ Asiatique
☐ Blanche
☐ Natif d'Hawaii
☐ 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? Type : _____Date :_____	**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**
Avez-vous eu une thérapie passive par anticorps (anticorps monoclonaux ou sérum de convalescence) comme traitement contre la COVID-19 au cours de 90 derniers jours? *Contre-indiqué si moins que 90 jours avant aujourd'hui. **Contraindicated if <90 days prior to today*	**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**

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.**Je consens à recevoir le(s) vaccin(s). Signature ⊠_____**

Nom du parent/tuteur en caractères d'imprimerie ⊠_____

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

Vaccine	Dose	Route	Site**		Source*	Lot#	EXP Date	VIS Pub Date
JANSSEN Covid-19 Vaccine	0.5ml	IM	Left Deltoid	Right Deltoid	F S P			
MODERNA Covid-19 Vaccine	0.5ml	IM	Left Deltoid	Right Deltoid	F S P			
PFIZER Covid-19 Vaccine	0.3ml	IM	Left Deltoid	Right Deltoid	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:_____

Janssen is a one time vaccination Moderna second dose at 28 days or later **Pfizer second dose at 21 days or later