

Cohorte mère OFSEP Questionnaire COVID-19

Ce questionnaire est à remplir par le patient à chaque consultation. Il complète les données minimales collectées par l'OFSEP.

NOM : _____

Identifiant EDMUS : _____

PRÉNOM : _____

Identifiant Plateforme : _____ - _____

Date de naissance : : _____
jour mois année

Date de la visite : _____
jour mois année

▪ Depuis la dernière visite, avez-vous présenté une infection Covid-19 ?

Oui Non ou ne sait pas

▪ Si oui :

Date de début des symptômes ou de la confirmation biologique du diagnostic (PCR...)

jour mois année

À destination des neurologues :

En cas de réponse positive :

- Déclarer un événement indésirable (même si non grave) dans EDMUS
- Pensez à renseigner aussi l'étude COVISEP

▪ Depuis la dernière visite, avez-vous été vacciné contre la Covid-19 ?

Oui Non ou ne sait pas

▪ Si oui :

Injection n°1

Date : _____
jour mois année

Nom du laboratoire/vaccin : Pfizer/BioNTech (Comirnaty) Astra Zeneca (Vaxzevria)
 Moderna Johnson&Johnson / Janssen
 Autre : _____ Ne sait pas

Injection n°2

Faite (remplir ci-dessous) Non faite et programmée Non faite et non prévue NA*

Date : _____
jour mois année

Nom du laboratoire/vaccin : Pfizer/BioNTech (Comirnaty) Astra Zeneca (Vaxzevria)
 Moderna Johnson&Johnson / Janssen
 Autre : _____ Ne sait pas

Injection n°3

Faite (remplir ci-dessous) Non faite et programmée Non faite et non prévue NA*

Date : _____
jour mois année

Nom du laboratoire/vaccin : Pfizer/BioNTech (Comirnaty) Astra Zeneca (Vaxzevria)
 Moderna Johnson&Johnson / Janssen
 Autre : _____ Ne sait pas

Nous vous remercions pour vos réponses.

En cas de vaccination, merci de bien vouloir fournir vos certificats de vaccination.