

## 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.