



**Translated Informed Consent/Health Assessment Questions**  
**Questions traduites sur le consentement informé et l'évaluation de la santé**

1. Are you feeling ill today?  
Vous sentez-vous malade aujourd'hui?  
No/Non                       Yes/Oui
  
2. Have you read the COVID-19 Vaccine Healthfile?  
Avez-vous pris connaissance de la fiche sur le vaccin contre la COVID-19?  
No/Non                       Yes/Oui
  
3. Do you have any questions?  
Avez-vous des questions?  
No/Non                       Yes/Oui
  
4. Do you have any allergies?  
Avez-vous des allergies?  
No/Non                       Yes/Oui 
  - If yes, do you have a severe allergy to:
    - Polyethylene glycol (PEG) - can be found in some cosmetics, skin care products, laxatives, cough syrups, and bowel preparation products for colonoscopy. PEG can be an additive in some processed foods and drinks but no cases of anaphylaxis to PEG in foods and drinks have been reported.
    - Polysorbate 80 – can be found in medical preparations (e.g., vitamin oils, tablets and anticancer agents) and cosmetics.
  
  - Si oui, souffrez-vous d'une allergie grave :
    - au polyéthylène glycol (PEG) qui se trouve dans certains cosmétiques, produits de soins de la peau, laxatifs, sirops contre la toux et produits de préparation intestinale pour la coloscopie. Le PEG peut être un additif dans certains aliments et boissons transformés, mais aucun cas d'anaphylaxie au PEG dans les aliments et les boissons n'a été signalé;
    - au polysorbate 80 qui se trouve dans les préparations médicales (p. ex. les huiles vitaminées, les comprimés et les agents anticancéreux) et les cosmétiques.



5. Have you ever had a severe allergic reaction (anaphylaxis)?  
Avez-vous déjà eu une forte réaction allergique (anaphylaxie)?  
No/Non  Yes/Oui
6. If this is your second dose, did you have any allergic or serious reactions after the first dose?  
Si c'est votre deuxième dose, avez-vous eu des réactions allergiques ou graves après la première dose?  
No/Non  Yes/Oui
7. Do you have any problems with your immune system or are you taking any medications that can affect your immune system?  
Avez-vous des problèmes avec votre système immunitaire ou prenez-vous des médicaments qui peuvent affecter votre système immunitaire?  
No/Non  Yes/Oui
8. Do you have an autoimmune condition (i.e., a condition in which your immune system mistakenly attacks your body)?  
Souffrez-vous d'une maladie auto-immune (c'est-à-dire une maladie dans laquelle votre système immunitaire attaque votre corps par erreur)?  
No/Non  Yes/Oui
9. Are you pregnant or breastfeeding?  
Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous?  
No/Non  Yes/Oui
10. Were you hospitalized because of COVID-19 within the last 3 months?  
Avez-vous été hospitalisé(e) à cause de la COVID-19 au cours des 3 derniers mois?  
No/Non  Yes/Oui
11. Have you ever felt faint or fainted after receiving a vaccine or medical procedure?  
Vous êtes-vous déjà sentie faible ou avez-vous perdu connaissance après avoir reçu un vaccin ou subi une intervention médicale?  
No/Non  Yes/Oui