



## QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois derniers mois ?

Oui  Non

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?

Oui  Non

Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines?  
Si oui lequel : .....

Oui  Non

Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?

Oui  Non

Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant) ?

Oui  Non

Êtes-vous enceinte ?

Oui  Non

Allaitez-vous ?

Oui  Non

Validation médicale de la vaccination :  Oui  Non

Vaccination réalisée le :

- Nom du vaccin :
- Numéro de lot :

Localisation :  deltoïde bras droit  deltoïde bras gauche



Réservé au médecin

Date : / /

Signature du médecin :