

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Numéro de sécurité sociale¹ :

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 dernières trois 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

Avez-vous fait un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'une infection par le SARS-Cov-2 ou d'une première injection ?

Oui Non

Etes-vous enceinte ?

Oui Non

Allaitez-vous ?

Oui Non

Réservé au médecin

Date :/...../.....

Signature du médecin :

¹ Le même numéro de sécurité sociale doit être utilisé pour les deux injections.