

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 ? **Oui** Non
Si oui lequel :

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

Allaitiez-vous ? **Oui** Non

VACCINATION ANTI-COVID

Réservé au médecin

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

Signature du médecin :

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