

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

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

Allaitez-vous ? Oui Non
Numéro de sécurité sociale¹ :

Réservé au médecin

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

Signature du médecin :

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