MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

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

Réservé au médecin

Date : ……./……../…….

Signature du médecin :

Version du 08 janvier 2021