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 3 derniers mois ? ..... Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous eu de la fièvre aujourd'hui ? ..... Oui ☐ Non ☐
- Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières 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 de plaquettes ou traitement anticoagulant) ? ..... Oui ☐ Non ☐
- Êtes-vous enceinte ? ..... Oui ☐ Non ☐
- Allaitez-vous ? ..... Oui ☐ Non ☐

☐ J'accepte la consultation pré-vaccinale par un professionnel de santé selon le décret n° 2021-325 du 26 mars 2021.

Date ...../...../.....

Signature du patient

Signature du médecin
ou du professionnel de santé