

Questionnaire vaccination contre la COVID-19

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

N° Sécurité Sociale :

Questions	Oui	Non
Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois derniers mois ?		
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?		
Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ? Si oui lequel :		
Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?		
Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant) ?		
Etes-vous enceinte ?		
Allaitez-vous ?		

Réservé au professionnel de santé

Date :

Signature :