

QUESTIONNAIRE DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

A compléter uniquement avant de vous rendre à l'accueil du centre de vaccination, le jour de votre rendez-vous

Première injection

Seconde injection

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Avez-vous déjà eu la COVID-19 et/ou eu un test positif (PCR ou antigénique) dans le passé ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous reçu un vaccin au cours des 3 dernières semaines ? Si oui, lequel :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous des antécédents d'allergies ou d'hypersensibilité (réaction) à certaines substances ou d'autres vaccins ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Présentez-vous une pathologie de la coagulation ? Si oui, laquelle :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si vous prenez un traitement anticoagulant, lequel ?		
Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous d'autres questions à poser à un médecin avant d'être vacciné ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

S'il s'agit de votre seconde injection

Avez-vous attrapé la COVID-19 depuis la première dose de vaccin ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Hormis une douleur dans le bras, avez-vous présenté une réaction allergique suite à l'administration de la première dose de vaccin contre la COVID-19 ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Avez-vous consulté un médecin en raison d'effet indésirable lié au vaccin suite à la première dose ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Avez-vous compris l'ensemble des questions et des termes utilisés ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
---	------------------------------	------------------------------

<u>Réservé au patient</u>	<u>Réservé aux professionnels de santé</u>
Date : Signature du patient	Date : Signature du professionnel de santé