



QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse postale :

Téléphone :

Numéro de sécurité sociale :

Est-ce votre première injection de vaccin contre la covid-19 ? Oui Non

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois derniers mois ?

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 des plaquettes ou traitement anticoagulant) ? Oui Non

Êtes-vous enceinte ? Oui Non

PARTIE RESERVEE AU MEDECIN DU CENTRE

Validation médicale de la vaccination : Oui Non

RESERVE AU MEDECIN DU CENTRE

Date : ___/___/___
Signature du médecin