



## 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