

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de Sécurité Sociale :

Avez-vous déjà eu un test (PCR ou antigénique) positif COVID-19
au cours des 6 derniers mois ?

Oui

Non

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?

Oui

Non

Avez-vous reçu un vaccin au cours des 3 dernières semaines ?
Si oui, lesquels :

Oui

Non

Avez-vous des antécédents d'allergie ?

Oui

Non

Etes-vous enceinte ?

Oui

Non

Allaitez-vous ?

Oui

Non

**Si au moins 1 case « oui » est cochée,
veuillez orienter le patient vers un
médecin**

Date : /.../

Nom :

Signature :