

# A REMETTRE AU MEDECIN LE JOUR DE LA VACCINATION

## QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

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

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?  Oui  Non

Avez-vous reçu un vaccin au cours des dernières trois 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

Avez-vous fait un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'une infection par le SARS-Cov-2 ou d'une première injection ?  Oui  Non

Etes-vous enceinte ?  Oui  Non

Allaitiez-vous ?  Oui  Non  
Numéro de sécurité sociale<sup>4</sup> : .....

**Réservé au médecin**

Date : ...../...../.....

Signature du médecin :

<sup>4</sup> Le même numéro de sécurité sociale doit être utilisé pour les deux injections.