MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Liberté
Égalité
Fraternité

QUESTIONNAIRE **VACCINATION CONTRE LA COVID-19**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale : .....

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 deux dernières semaines? Si oui lequel :	☐ Oui	☐ Non
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
Allaitez-vous ?	☐ Oui	☐ Non

Dans les jours et semaines qui suivent votre vaccination, vous pourrez, si nécessaire, signaler un effet indésirable. Cela ne prend qu'une dizaine de minutes sur le Portail de signalement des évènements sanitaires indésirables : **www.signalement.social-sante.gouv.fr**.

Vous pouvez aussi en parler à votre médecin.

Réservé au médecin

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

Signature du médecin :

VACCINATION ANTI-COVID

Version du 12 février 2021