

Nom : N° Sécurité sociale :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse

Fixe :

Téléphone

Portable :

Questionnaire préalable à la vaccination d'un adulte (18 ans et +)

Répondez par « oui » ou « non » à toutes les questions, en cochant les cases correspondantes dans ce tableau.		REPONSE	
		OUI	NON
1	Avez-vous reçu un vaccin contre la grippe saisonnière au cours des 3 dernières semaines ?		
2	Avez-vous eu une réaction grave lors d'une vaccination ou de la prise d'un médicament ou d'un aliment ?		
3	Avez-vous déjà présenté une manifestation allergique grave telle que réaction anaphylactique ou œdème de Quincke ?		
4	Avez-vous actuellement de la fièvre ou des symptômes en cours pouvant évoquer un épisode de COVID-19 ?		
5	Avez-vous présenté une infection à la COVID-19 dans les 3 mois précédents ?		
6	Avez-vous fait ou faites-vous l'objet d'un suivi médical particulier ?		

- Je reconnais avoir reçu les informations concernant le vaccin
- Je souhaite être vacciné(e) (cochez la case si la réponse est oui)
- Je ne souhaite pas être vacciné(e) (cochez la case si la réponse est oui)

Date :

Signature :