

QUESTIONNAIRE PRÉ-VACCINAL : 1^{re} INJECTION

Nom :

Date RDV 1^{re} injection :

Nom de jeune fille :

Heure RDV 1^{re} injection :

Prénom :

Date de naissance :

N° de téléphone :

Étiquette à coller

Votre âge :

Avez-vous des maladies chroniques ? Oui Non

Êtes-vous professionnel de santé ? Oui Non

• Avez-vous déjà reçu une injection de vaccin contre la COVID ? Oui Non

• Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des 15 derniers jours ? Oui Non

• Avez-vous eu une infection virale (rhume, bronchite, gastro-entérite) au cours des 14 derniers jours ? Oui Non

• Avez-vous des allergies à des laxatifs ? Oui Non

• Avez-vous des allergies à des vaccins ? Oui Non

• Avez-vous des allergies à des médicaments injectables ? Oui Non

• Avez-vous des allergies à des médicaments non identifiés ? Oui Non

• Avez-vous des allergies graves (nécessité d'adrénaline) ? Oui Non

• Avez-vous des allergies multiples (alimentaires, médicaments) ? Oui Non

• Êtes vous enceinte (à votre connaissance) ? Oui Non

• Allaitiez-vous ? Oui Non

• Prenez-vous des anticoagulants ? Oui Non

• Avez-vous eu la COVID ? Oui, il y a - de 3 mois Oui, il y a + de 3 mois Non

Date :

Signature :

NE PAS REMPLIR, CADRE RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS DU CENTRE DE VACCINATION

P : W ZRPF NSP
 CE : Oui Non
 CI : Oui Non
 AC : Oui Non
 IA : Non IAIC IAID
 DR : Oui NN AF
 HV : __ h __ T°..... TA..... fc..... fpo2.....
 HSZS : +15" +30"
 SI :

Date RDV 2^e injection :