

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19 de Genas

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

QUESTIONS PRÉ VACCINALES

Avez-vous eu la Covid-19 ?	OUI	NON
Si oui, quand ?.....		
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?	OUI	NON
Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ?	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 : Kardégic, Plavix, Eliquis, Xarelto, Previscan...)?	OUI	NON
Êtes-vous enceinte ?	OUI	NON
Allaitez-vous ?	OUI	NON

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN

1. Pfizer / AstraZeneca / Moderna lot
2. Date et heure vaccinales
3. Site d'injection : deltoïde droit ou gauche
4. 1° ou 2° dose -> 2° rdv le
5. Heure de départ :
6. Présence d'effets indésirables :
-
-
-

Date et signature du médecin