



QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif il y a moins de deux mois ? Oui Non

Avez-vous reçu un traitement par anticorps monoclonaux contre la Covid-19 dans les deux 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 à certaines substances ? Oui Non

Avez-vous récemment présenté un épisode de myocardite ou péricardite ? Oui Non

Êtes-vous sous traitement anticoagulant ? Avez-vous une baisse des plaquettes ? Avez-vous déjà présenté un syndrome de fuite capillaire ? Oui Non

Pour les enfants âgés d'au moins 12 ans, avez-vous présenté un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) après une Covid-19 ? Oui Non

Pour les personnes ayant déjà reçu une dose de vaccin contre la Covid-19, avez-vous présenté un effet indésirable grave après la première injection ? Oui Non

Réservé au médecin

Date : ____/____/____

Signature du médecin :



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



QUESTIONNAIRE DOSE DE RAPPEL VACCINATION COVID-19

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Combien de doses de vaccin anti-Covid-19 avez-vous déjà reçu ? _____

À quelle date a été réalisée votre dernière injection ? _____

Avez-vous été infecté par la Covid-19 après votre vaccination ? Oui Non

Si oui, combien de temps après votre injection ? _____

Avez-vous présenté un effet indésirable grave après votre première vaccination ? Oui Non

Pour savoir si vous êtes éligibles à un rappel de vaccination, rendez-vous sur :

www.solidarites-sante.gouv.fr/publics-prioritaires-vaccin-covid-19

VACCINATION ANTI-COVID



Version du 09/09/21

Réservé au médecin

Date : ____/____/____

Signature du médecin :