

QUESTIONNAIRE RELATIF À LA VACCINATION CONTRE LA MALADIE COVID-19



Nom et prénom -----

Température corporelle*

Date de naissance -----

Numéro de téléphone / courriel -----

Le présent questionnaire permet à votre médecin d'évaluer les circonstances de votre **état de santé**, qui pourraient impacter votre vaccination prévue contre la maladie de la COVID-19.

Veuillez lire attentivement les questions et y répondre **honnêtement**. Si vous répondez OUI à l'une des questions indiquées ci-dessous, **cela ne signifie pas** que vous ne pouvez pas être vacciné(e). En cas d'incertitude, veuillez contacter le médecin du centre de vaccination qui vous aidera à compléter le questionnaire.

- | | OUI | NON |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vous sentez-vous actuellement malade ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous déjà eu la maladie de la COVID-19 ou avez-vous déjà eu un test PCR positif ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous déjà été vacciné(e) contre la maladie de la COVID-19 ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous déjà eu une réaction allergique grave après un vaccin ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous un quelconque trouble de la coagulation ou prenez-vous des anticoagulants ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous un quelconque trouble sévère de l'immunité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Êtes-vous enceinte ou allaitez-vous ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Avez-vous déjà reçu un quelconque vaccin au cours des deux dernières semaines ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

En signant le présent questionnaire, je confirme à mon médecin **n'avoir caché aucune information** concernant mon état de santé et **comprendre les informations fournies** relatives à la vaccination contre la maladie COVID-19, y compris les éventuels effets secondaires.

Date

Date

Signature du vacciné

Signature et cachet du médecin

*Enregistrement uniquement en cas de mesure dans le centre de vaccination