



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois derniers mois ?

Oui Non

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?

Oui Non

Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ?

Oui Non

Si oui lequel :

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) ?

Oui Non

Êtes-vous enceinte ?

Oui Non

Allaitez-vous ?

Oui Non

Réservé au médecin

Date :/...../.....

Signature du médecin :



Version du 08 janvier 2021

**Cabinet du préfet
Service départemental de
la communication interministérielle**

Tél: 04 66 36 40 18 – 04 66 36 40 52
Port: 06 30 19 90 50 – 06 30 19 04 81
Mél : pref-communication@gard.gouv.fr

