



**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

Allaitiez-vous ?

Oui  Non

**Réservé au médecin**

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

Signature du médecin :



# **VACCINATION DU PUBLIC SUR SITE DE SERVICE SANTE AU TRAVAIL**

**NOTER SUR LE QUESTIONNAIRE DE CHAQUE AGENT**

- **DATE DE VACCINATION**
- **HEURE DE VACCINATION**
- **ZONE DE VACCINATION (DELTOID DROIT OU GAUCHE)**
- **NOM DU MEDECIN PRESCRIPTEUR**
- **NOM DU VACCIN ET N° DE LOT AINSI QUE SA DATE DE PEREMPTION**
- **MEDECIN RESPONSABLE DE LA JOURNEE**