

## QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Numéro de sécurité sociale<sup>4</sup> : .....

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 dernières trois semaines?  
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

Avez-vous fait un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) à la suite d'une infection par le SARS-Cov-2 ou d'une première injection ?  Oui  Non

Etes-vous enceinte ?  Oui  Non

Allaitiez-vous ?  Oui  Non

**Réservé au médecin**

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

Signature du médecin :

<sup>4</sup> Indiquer le numéro de sécurité sociale du parent auquel l'enfant est rattaché, ou celui de l'enfant s'il possède sa propre carte vitale activée. Le même numéro de sécurité sociale doit être utilisé pour les deux injections.