

## 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?

Si oui lequel : .....

Oui  Non

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 :



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](mailto:pref-communication@gard.gouv.fr)

