



## QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif il y a moins de deux mois ?  Oui  Non

Avez-vous reçu un traitement par anticorps monoclonaux contre la Covid-19 dans les deux 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 à certaines substances ?  Oui  Non

Avez-vous récemment présenté un épisode de myocardite ou péricardite ?  Oui  Non

Êtes-vous sous traitement anticoagulant ? Avez-vous une baisse des plaquettes ? Avez-vous déjà présenté un syndrome de fuite capillaire ?  Oui  Non

Pour les enfants âgés d'au moins 12 ans, avez-vous présenté un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) après une Covid-19 ?  Oui  Non

Pour les personnes ayant déjà reçu une dose de vaccin contre la Covid-19, avez-vous présenté un effet indésirable grave après la première injection ?  Oui  Non

Réservé au médecin

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du médecin :



**MINISTÈRE  
DES SOLIDARITÉS  
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



**QUESTIONNAIRE DOSE DE RAPPEL VACCINATION COVID-19**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Combien de doses de vaccin anti-Covid-19 avez-vous déjà reçu ? \_\_\_\_\_

À quelle date a été réalisée votre dernière injection ? \_\_\_\_\_

Avez-vous été infecté par la Covid-19 après votre vaccination ?  Oui  Non

Si oui, combien de temps après votre injection ? \_\_\_\_\_

Avez-vous présenté un effet indésirable grave après votre première vaccination ?  Oui  Non

Pour savoir si vous êtes éligibles à un rappel de vaccination, rendez-vous sur :

[www.solidarites-sante.gouv.fr/publics-prioritaires-vaccin-covid-19](http://www.solidarites-sante.gouv.fr/publics-prioritaires-vaccin-covid-19)

**VACCINATION ANTI-COVID**



Version du 09/09/21

**Réservé au médecin**

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature du médecin :