



QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Présentez-vous au moins une comorbidité spécifique ?
(Cf. liste au verso) **OUI** **NON**

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**

Êtes-vous traité par un médicament anticoagulant ? **OUI** **NON**

Présentez-vous des troubles de l'hémostase ?
(taux de plaquette bas, maladie spécifique...)
OUI **NON**

Êtes-vous enceinte ? **OUI** **NON**

Allaitez-vous ? **OUI** **NON**



Espace réservé au pharmacien

Date :

-- / -- / --

Signature