



**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 :

Professionnel de santé Oui Non

- Professionnel du CH de Roanne

- Professionnel d'un autre établissement :

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 :

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 :

