



Service de Santé et de
Secours Médical

VACCINATION COVID19 QUESTIONNAIRE PRE-VACCINAL 2021

NOM : Prénom : Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

CENTRE D'AFFECTATION : n° de téléphone (indispensable) :

QUESTIONS	OUI	NON
Avez-vous été vacciné contre la grippe il y a moins de 3 semaines ?		
Avez-vous reçu un vaccin, quel qu'il soit, dans les 2 dernières semaines ou devez-vous en avoir un dans les 2 prochaines semaines ?		
Avez-vous de la fièvre ou êtes-vous malade ?		
Présentez-vous des symptômes, même minimes, compatible avec le COVID19 ?		
Avez-vous été en contact à risque avec un cas confirmé de COVID19 dans la dernière semaine sans mesure de protection ?		
Avez-vous déjà présenté une forme symptomatique de COVID19 ? Si oui à quelle date :		
Etes-vous immunodéprimé ou sous traitement immunosuppresseur ?		
Avez-vous eu une réaction allergique grave de type anaphylactique quelque en soit la cause ou fait l'objet d'une contre-indication de vaccination ?		
Prenez-vous un traitement actuellement ? Si oui, précisez le traitement et la pathologie :		
Pour les femmes : êtes-vous enceinte et/ou allaitante, pensez-vous être enceinte ou prévoyez-vous de le devenir ?		

Date et signature de l'agent :