

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ



Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .../.../.... NISS : .....

**Lorsque vous recevrez ce document, contactez votre médecin traitant avant de vous rendre au centre de vaccination SI :**

- ▶ Vous avez eu une réaction allergique **grave** ou si vous avez eu besoin de soins médicaux urgents à la suite d'une vaccination ou dans d'autres circonstances.
- ▶ Vous souffrez actuellement d'une infection aigüe.
- ▶ Au cours des 14 derniers jours, vous avez eu un test Covid positif, que vous présentiez ou non des symptômes.
- ▶ Vous êtes enceinte ou vous souhaitez avoir un enfant dans les 2 mois suivant la vaccination. L'allaitement maternel ne nécessite pas de reporter la vaccination.

Votre médecin pourra décider s'il convient de reporter ou non la vaccination ou de prendre des précautions particulières.

**Questionnaire médical à présenter à l'accueil du centre de vaccination pour votre anamnèse. Afin de protéger vos données personnelles, merci de reprendre ensuite ce document avec vous.**

	OUI	NON
Avez-vous déjà présenté une réaction allergique grave ?		
Avez-vous eu la Covid ou un test Covid positif ces 14 derniers jours ?		
Avez-vous de la fièvre ou êtes-vous malade ?		
Etes-vous enceinte ou avez-vous un projet de grossesse ?		
Prenez-vous des médicaments anticoagulants ?		