



## 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*