

Questionnaire vaccination contre la Covid-19 Dose de rappel

Nom : Prénom : Date de naissance : Numéro de sécurité sociale :
--

Combien de doses de vaccin anti-covid-19 avez-vous déjà reçu ?

A quelle date a été réalisée votre dernière injection ?

Avez-vous été infecté par la covid-19 après votre vaccination ? Oui Non

Si oui, combien de temps après votre injection ?

Avez-vous présent un effet indésirable grave après votre première vaccination ? Oui Non

Je reconnais avoir été informé(e) des bénéfices et des risques liés à la vaccination et je souhaite être vacciné(e) contre la covid-19.

Oui **Non**

Signature du patient :

Cadre réservé à l'infirmier(e)	
Injection bras droit <input type="checkbox"/> Injection bras gauche <input type="checkbox"/>	Nom de l'IDE :
Vaccin :	Signature :
N° de lot :	
Date et heure d'injection :	