

Questionnaire vaccination contre la Covid-19 <u>Dose de rappel</u>

r			
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
e reconnais avoir été informé(e) des bénéfices et des risques liés à la vaccination et je souhaite être acciné(e) contre la covid-19. □ Oui □ Non Signature du patient :			
Cadre réservé à l'infirmier(e)			
Injection bras droit Injection bras gauche Injection bras gauche	Nom de l'IDE :		
Vaccin :			
N° de lot :	Signature :		
Date et heure d'injection :			

Pour savoir si vous êtes éligible à la dose de rappel de vaccination, rendez-vous sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/vaccin-covid-19/publics-prioritaires-vaccin-covid-19