



Vaccination Covid-19

Secret médical. A remplir par le patient :

NOM et prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Avez-vous eu un test positif au cours des trois derniers mois (PCR ou antigénique) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, lesquels :		
Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant : Kardegic / aspirine, Plavix / Clopidogrel, Pradaxa, Xarelto, Eliquis, Sintrom, Coumadine, Previscan) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Etes-vous enceinte ou allaitez-vous ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Avez-vous été en contact avec un cas confirmé au cours des 7 derniers jours ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Personnes concernées (au 12/04/2021) :

Personnes de plus de 55 ans.	Oui <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------

Date : _____

Signature