

CONSULTATION PRÉ VACCINALE
Formulaire de renseignements pour la vaccination Covid - 19

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

SEXE : Féminin / Masculin

DATE DE NAISSANCE : / /

ADRESSE :

NUMERO DE TELEPHONE PORTABLE :

ADRESSE EMAIL :

NUMERO SECURITE SOCIALE : _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _

PROFESSION :

MÉDECIN TRAITANT : _____

TRAITEMENT EN COURS :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX :

ANTÉCÉDENTS CHIRURGICAUX :

ALLERGIES :

AVEZ-VOUS DE LA FIEVRE OU UN EPISODE INFECTIEUX EN COURS : _____

AVEZ VOUS EU UNE INFECTION A COVID 19 IL Y A MOINS DE 3 MOIS : oui / non

PCR + : oui / non **Date :**

Serologie + : Oui / non **Date :**

AVEZ-VOUS RECU UN VACCIN CONTRE LA GRIPPE DANS LES 3 SEMAINES PRECEDENTES :

oui / non **Date :**

oui / non Date :

oui / non Lesquels ?

oui / non Laquelle ?

oui / non

oui / non Lequel ?

oui / non

(précédée de la mention Lu et approuvé)

BÉNÉFICES > RISQUES : VACCINATION AUTORISEE : oui / non

LIEN :

M/Me

Signature du médecin