



QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif il y a moins de deux mois ? Oui Non

Avez-vous reçu un traitement par anticorps monoclonaux contre la Covid-19 dans les deux derniers mois ? Oui Non

Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ? Oui Non

Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ?
Si oui lequel : _____ Oui Non

Avez-vous des antécédents d'allergie à certaines substances ? Oui Non

Avez-vous récemment présenté un épisode de myocardite ou péricardite ? Oui Non

Êtes-vous sous traitement anticoagulant ? Avez-vous une baisse des plaquettes ? Avez-vous déjà présenté un syndrome de fuite capillaire ? Oui Non

Pour les enfants âgés d'au moins 12 ans, avez-vous présenté un syndrome inflammatoire multi-systémique pédiatrique (PIMS) après une Covid-19 ? Oui Non

Pour les personnes ayant déjà reçu une dose de vaccin contre la Covid-19, avez-vous présenté un effet indésirable grave après la première injection ? Oui Non

VACCINATION ANTI-COVID

Les données d'identité recueillies via ce questionnaire seront intégrées dans le traitement de données à caractère personnel « SI Vaccin Covid » mis en œuvre conjointement par le Ministère de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et uniquement pour l'organisation, le suivi et le pilotage des campagnes vaccinales contre la covid-19. Pour plus d'informations sur ce traitement, les coordonnées des responsables de traitement, les destinataires ou catégories de destinataires, les durées de conservation ainsi que la possibilité d'introduire un recours auprès de la CNIL, nous vous invitons à consulter les mentions RPGE complètes sur le site ameli.fr ou à flasher le QR Code. Ce questionnaire papier pourra être conservé pendant une durée maximale de trois mois après la date de votre rendez-vous.



Réservé au prescripteur

Date : ____/____/____

Signature du prescripteur :



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



QUESTIONNAIRE DOSE DE RAPPEL VACCINATION COVID-19

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Numéro de sécurité sociale : _____

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

À 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 présenté un effet indésirable grave après votre première vaccination ? Oui Non

Pour savoir si vous êtes éligibles à un rappel de vaccination, rendez-vous sur :

www.solidarites-sante.gouv.fr/publics-prioritaires-vaccin-covid-19

VACCINATION ANTI-COVID

Les données d'identité recueillies via ce questionnaire seront intégrées dans le traitement de données à caractère personnel « SI Vaccin Covid » mis en œuvre conjointement par le Ministère de la Santé et la Caisse nationale d'assurance maladie et uniquement pour l'organisation, le suivi et le pilotage des campagnes vaccinales contre la covid-19. Pour plus d'informations sur ce traitement, les coordonnées des responsables de traitement, les destinataires ou catégories de destinataires, les durées de conservation ainsi que la possibilité d'introduire un recours auprès de la CNIL, nous vous invitons à consulter les mentions RPGD complètes sur le site ameli.fr ou à flasher le QR Code. Ce questionnaire papier pourra être conservé pendant une durée maximale de trois mois après la date de votre rendez-vous.



Réservé au prescripteur

Date : ____/____/____

Signature du prescripteur :