



QUESTIONNAIRE VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de sécurité sociale :

Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des trois 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 ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?

Oui Non

Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant) ?

Oui Non

Êtes-vous enceinte ?

Oui Non

Allaitez-vous ?

Oui Non

Validation médicale de la vaccination : Oui Non

Vaccination réalisée le :

- Nom du vaccin :
- Numéro de lot :

Localisation : deltoïde bras droit deltoïde bras gauche

Réservé au médecin

Date : / /

Signature du médecin

CENTRES DE VACCINATION COVID-19



75 ANS ET +

**UNIQUEMENT SUR
RENDEZ-VOUS**

Dans le respect des gestes barrières

Pour prendre rendez-vous :



www.doctolib.fr



Centres de vaccination Loue Lison :

Ornans - 07 57 07 00 54

Quingey - 06 33 81 11 22

Ligne départementale - 03 63 42 10 13



Carte **vitale**
et carte
d'**identité**
obligatoires

ORNANS

**CENTRE D'ANIMATION
ET DE LOISIRS**

**23 rue de la Corvée
25290 Ornans**

QUINGEY

**MAISON D'ACCUEIL
SPÉCIALISÉE**

**Chemin de Saint-Renobert
25440 Quingey**