

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 :

