



Questionnaire de vaccination contre la Covid-19

Vaccination des personnes mineures

1^{ère} injection

INFORMATIONS ADMINISTRATIVES (A REMPLIR EN MAJUSCULES)

Le mineur recevant le vaccin

Date du jour :/...../ 2021

NOM :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....

N° de Sécurité Sociale :

Le ou les représentant(s) de l'autorité parentale :

NOM de la mère :

Prénom de la mère :

Date de naissance :/...../.....

N° de Sécurité Sociale :

Adresse postale :

Coordonnées téléphoniques :

Courriel :

NOM du père :

Prénom du père :

Date de naissance :/...../.....

N° de Sécurité Sociale :

Adresse postale :

Coordonnées téléphoniques :

Courriel :

A remplir par le/la patient.e sous couvert du (des) représentant(s) de l'autorité parentale

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

En signant ce formulaire, je reconnais avoir reçu les informations sur cette vaccination (dont contre-indications et effets indésirables), et m'engage à patienter au sein de l'établissement dans les 15 minutes qui suivent l'injection du vaccin.

Signature du représentant :

A remplir par les professionnel.les de santé

Commentaires :

1ère injection

2ème injection

A remplir par l'infirmier.ère

Site d'injection : Bras droit

Bras gauche

Type de vaccin : PFIZER

Numéro de série

Numéro de lot

Date de péremption

...../...../2021