

QUESTIONNAIRE VACCINATION

ANNÉE 2024-2025



Nom Prénom

Date de naissance/...../..... Âge

Adresse

Code postal Ville

Téléphone fixe Portable

1. Est-ce votre première vaccination antigrippale ? OUI NON

2. Êtes-vous sous traitement anticoagulants (AVK ou injections) ? OUI NON

3. Vous sentez vous malade aujourd'hui ? Fiévreux ? OUI NON

4. Après ingestion d'oeufs ou de poulet, avez-vous déjà présenté une allergie assez grave, ayant immédiatement nécessité des soins médicaux ? OUI NON

5. Après avoir reçu un vaccin, avez-vous déjà présenté une réaction suffisamment grave pour consulter un médecin ou vous rendre à l'hôpital ? OUI NON

6. Je déclare avoir pris connaissance des réactions possibles suite à la vaccination (sensibilité, légère fièvre, malaise, douleurs musculaires possibles durant 24 à 48 heures) et connaître les instructions à suivre en cas de réactions (serviette humide au site d'injection, paracétamol au besoin et consulter votre médecin selon la gravité des symptômes). OUI NON

Date :

Signature :

*Pour les mineurs,
signature du
représentant légal*

SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE

Vaccin	N° de lot	Site	Date	Signature / tampon

Prescrit le/...../..... par :

Délivré le/...../..... par :