



SERVICE DÉPARTEMENTAL
D'INCENDIE ET DE SECOURS

Groupement SSSM

VACCINATION COVID 19

DEUXIEME OU TROISIME INJECTION

NOM	
Prénom	
Date de naissance	
N° de sécurité sociale	
N° de téléphone	

Questionnaire préalable à la vaccination anti Covid-19		Vaccination N° 2 OU 3	
		Oui	Non
1	Avez-vous eu un test (PCR ou antigénique) positif au cours des six derniers mois ?		
2	Avez-vous déjà eu la COVID-19 ?		
3	Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?		
4	Avez-vous reçu un vaccin au cours des deux dernières semaines ? si oui lequel :		
5	Avez-vous des antécédents d'allergie ou d'hypersensibilité à certaines substances ou avec d'autres vaccins ?		
6	Présentez-vous des troubles de la coagulation (en particulier une baisse des plaquettes ou traitement anticoagulant ?)		
7	Êtes-vous enceinte ?		
8	Allaitez-vous ?		
9	Avez-vous des événements à signaler depuis votre dernière injection du vaccin contre la COVID-19 ? Si oui précisez : _____ _____ _____		

Visa du Prescripteur
autorisant la vaccination n° 2 ou 3 (entourer) :

Nom & signature :

Deuxième ou troisième injection / Vaccin :

Date :

Date de péremption :

Lot :

Préparation n° : Deltoïde G

Deltoïde D

Réalisée par : Nom et signature

Heure d'injection :