



## DÉCLARATION DE SANTÉ - VACCINATION

Remplir une déclaration de santé par personne et par dose.

Date de la vaccination : \_\_\_\_\_

Numéro d'identification personnel : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

À remplir par la personne qui se fait vacciner :

- |   | JA                           | NEJ                          |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Avez-vous déjà eu une réaction grave après la vaccination et avez-vous eu besoin de soins hospitaliers ?                         | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 2. Avez-vous des allergies qui ont déjà occasionné des réactions graves pour lesquelles vous avez eu besoin de soins hospitaliers ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous une tendance accrue aux saignements en raison d'une maladie ou d'un médicament ?                                       | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 4. Êtes-vous enceinte ?   | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous été vacciné(e) au cours des 28 derniers jours ?  | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |