

# COVID-19 - booster

Page 1

> A compléter par la personne

CONVOCACTION		
N° dossier		
Convocation		
Centre de vaccination		

IDENTIFICATION DU DOSSIER			
Nom		Prénom	
Date de naissance		Sexe	
N° AVS			
Caisse maladie		N° assuré	
Adresse		Complément	
NPA / Localité		Pays	

ETAT DE SANTE		
Avez-vous dû consulter votre médecin suite aux précédentes doses ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Suite aux précédentes doses : réaction locale au point d'injection (rougeur, douleur, ...) ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Suite aux précédentes doses : fatigue ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Suite aux précédentes doses : maux de tête ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Suite aux précédentes doses : douleurs musculaires et/ou articulaires ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Suite aux précédentes doses : fièvre et/ou des frissons ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Suite aux précédentes doses : nausées ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Désirez-vous un nouveau certificat COVID?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

ACCEPTATION	
Vous avez compris les risques et vous êtes d'accord de vous faire vacciner	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Par votre signature, vous certifiez avoir répondu correctement à toutes les questions. Vous acceptez également que les données de ce formulaire soient utilisées de manière anonyme à des fins statistiques. Pour les enfants mineurs, signature des représentants légaux.	
Date :	Signature :

