 **Questionnaire Vaccination Antigrippale**

NOM :

Prénom :

Date de Naissance :

N° de Badge :

Service :

|  |  |
| --- | --- |
| **oui** | **non** |
| Avez-vous des allergies à l’un des composants du vaccin ? |  |  |
| Lors d’une précédente vaccination, avez-vous eu des effets secondaires ?   * Local: rougeur, démangeaisons, induration… * Général: fatigue, malaise… |  |  |
|  |  |
|  |  |
| Avez-vous en ce moment une infection ? (fièvre, rhume, sinusite) |  |  |
| Etes-vous atteint de troubles de la coagulation ou êtes-vous sous anticoagulant ? |  |  |
| Pour les femmes, êtes-vous enceinte ou pensez-vous être enceinte ?   * Si oui et si vous en êtes au premier trimestre de votre grossesse votre médecin traitant ou gynécologue a-t-il donné un avis favorable à cette vaccination ? |  |  |
|  |  |

**Je reconnais avoir pris connaissance des effets secondaires liés à la vaccination ainsi que ses contre-indications**

Date :

Signature :