



Centre de santé  
Chaussée d'Alsemberg, 883  
Tél. : 02/348.68.34

## VACCINATION CONTRE LA GRIPPE

**Nom :** \_\_\_\_\_ **Prénom :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Nom du médecin traitant :** \_\_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE

1. Quels sont les médicaments que vous prenez ?
  
2. Etes-vous allergique ? Avez-vous dans le passé fait des réactions aux injections ?
  
3. Souffrez-vous du diabète - de maladies pulmonaires - cardiaques - neurologiques ? Veuillez le noter sur ce document s.v.p..
  
4. Avez-vous déjà été vacciné dans le passé contre la grippe ?

Le jeudi

Signature