



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