

QUESTIONNAIRE sur l'ELIGIBILITE A LA VACCINATION AVEC ASTRAZENECA/VAXZEVRIA_COVID 19

NOM :

Prénom :

Age :

Sexe : M F

Vérification de l'éligibilité à la vaccination AstraZeneca/Vaxzevria

Souffrez-vous d'obésité (IMC >30) ?

Oui

Non

Souffrez-vous d'insuffisance respiratoire (BPCO) ?

Oui

Non

Avez-vous un asthme mal stabilisé ? Des crises plusieurs fois par mois ?

Oui

Non

Avez-vous une hypertension artérielle compliquée ?

Oui

Non

Etes-vous insuffisant cardiaque ?

Oui

Non

Etes-vous diabétique ?

Oui

Non

Avez-vous une insuffisance rénale chronique ?

Oui

Non

Avez-vous ou avez-vous eu il y a moins de 3 ans, un cancer, une maladie
hématologique maligne ?

Oui

Non

Avez-vous subi une transplantation d'organe ?

Oui

Non

Etes-vous professionnel de santé ?

Oui

Non

Si vous avez + de 55 ans et qu'au moins une des réponses est "oui", vous êtes éligible à la vaccination anticovid avec AstraZeneca.