

Pharmacie _____

Adresse _____

Ville _____

Fax _____

Email _____

ou cachet de la pharmacie

Questionnaire d'enquête

*Il est à renseigner par l'équipe officinale
à chaque fois qu'un patient vient à l'officine.*

1/ Savez-vous si vous avez été vacciné contre la Diphtérie-Tétanos-Polio ?

- Oui, je suis vacciné(e)
- Non, je ne suis pas vacciné(e)
- Je l'ignore

2/ Si oui, de quand date votre dernier rappel ?

- < 2 ans
- de 2 à 10 ans
- > 10 ans
- Ne sait pas

3/ Savez-vous si vous avez été vacciné contre la coqueluche ?

- Oui, je suis vacciné(e)
- Non, je ne suis pas vacciné(e)
- Je l'ignore

4/ Si oui, de quand date cette vaccination ?

- < 2 ans
- de 2 à 10 ans
- > 10 ans
- Ne sait pas

5/ Avez-vous reçu d'autres vaccinations ?

- Oui
- Non
- Ne sait pas

6/ Si oui, lesquelles (cocher les vaccinations citées) ?

- Grippe saisonnière
- Rougeole, Oreillons, Rubéole
- Varicelle

*Merci de retourner vos questionnaires à l'adresse ci-dessous.
Cela nous permettra de réaliser l'évaluation du programme.*

Madame Lisette Goncalves
163 - 183, rue Léon Jouhaux - 78500 SARTROUVILLE