

Feuillet à insérer dans le carnet de vaccination

Ce feuillet doit être complété par les vaccinateurs.

La personne vaccinée qui reçoit ce feuillet,
le découpe et peut l'insérer dans son carnet de vaccination.

VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Nom :

Date de naissance : année / mois / jour

Nom du vaccin	Dose/voie adm.	Date	Signature du vaccinateur
<input type="checkbox"/> PB COVID-19 PÉDIATRIQUE (COMIRNATY PÉDIATRIQUE)			
<input type="checkbox"/> PB COVID-19 (COMIRNATY)	<input type="checkbox"/> 0,2 ml, IM	année mois / jour	
<input type="checkbox"/> MOD COVID-19 (SPIKEVAX)	<input type="checkbox"/> 0,25 ml, IM		
<input type="checkbox"/> JAN COVID-19	<input type="checkbox"/> 0,3 ml, IM		
<input type="checkbox"/> COVISHIELD	<input type="checkbox"/> 0,5 ml, IM		
<input type="checkbox"/> AZ COVID-19 (VAXZEVRIA)			
Autre : _____			

21-279-164WFA © Gouvernement du Québec, 2021

À découper et insérer dans votre carnet de vaccination

