

TEMOIGNAGE EFFETS SECONDAIRES

DATE : BENEVOLE :

NOM : OK TEMOIGNAGE JUSTICE

PRENOM : Ne souhaite pas témoigner

ADRESSE : Organiser suivi médical

..... URGENT

TELEPHONE :

EMAIL :

VACCIN RECU :

DATE 1ère INJECTION :

DATE 2ème INJECTION :

EFFETS SECONDAIRES 1ère dose :

EFFETS SECONDAIRES 2nde dose :

- Fièvre < 38°
- Fièvre > 38°
- Douleur au point d'injection
- Réaction allergique
- Thrombose
- Migraine
- Modification du cycle menstruel
- Trouble de l'érection
- Perte de vue
- AVC
- Autre :

- Fièvre < 38°
- Fièvre > 38°
- Douleur au point d'injection
- Réaction allergique
- Thrombose
- Migraine
- Modification du cycle menstruel
- Trouble de l'érection
- Perte de vue
- AVC
- Autre :

TEMOIGNAGE :