|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’établissement :**  |  | **Date :**  |

|  |
| --- |
| **Vaccination contre la grippe saisonnière** |
| 1. **Vaccination grippe saisonnière des résidents**
 |
|  |  |
| Nombre résidents vaccinés : |       | *Nombre total résidents :* |       |
|  |
| **2. Vaccination grippe saisonnière des collaborateurs**  |
|  |  |
| Nombre collaborateurs vaccinés : |       | *Nombre total collaborateurs :* |       |
| Vaccination contre la COVID-19  |
| **3. Vaccination des résidents**  | *Nombre total résidents*       |
| Nombre de résidents vaccinés 3 doses   |       | Nombre de résidents vaccinés 2 doses > 4 mois       |
| Nombre de résidents vaccinés 2doses < 4 mois  |       | Nombre de résidents non immuns (non vaccinés ou non guéris)        |
|  |
| **4. Vaccination des collaborateurs**  | *Nombre total collaborateurs :*       |
| Nombre de collaborateurs vaccinés 3 doses  |       | Nombre de collaborateurs vaccinés 2 doses > 4 mois       |
| Nombre de collaborateurs vaccinés 2doses < 4 mois |       | Nombre de collaborateurs non immuns (non vaccinés/non guéris)       |

En vous remerciant pour votre collaboration

|  |  |
| --- | --- |
| **Questionnaire à retourner par e-mail** **laetitia.qalla-widmer@chuv.ch** | Nom prénom       |