|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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**](mailto:laetitia.qalla-widmer@chuv.ch) | Nom prénom |