**Questionnaire**

# Vaccination grippe saison 20      / 20

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vaccination contre la grippe saisonnière** | | | | | | | | | | |
| 1. **Avez-vous vacciné vos résidents cette saison ?** | | | | non | | |  | oui\* | |  |
| **\*Si oui :** | |  | | | | | | | | |
| Nombre résidents vaccinés : |  | Nombre total résidents : | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 1. **Avez-vous vacciné votre personnel cette saison ?** | | | | non | | |  | oui\* | |  |
| **\*Si oui :** | |  | | | | | | | | |
| Nombre collaborateurs vaccinés : |  | Nombre total collaborateurs : | | |  | | | | | |
| **Port du masque** | | | | | | | | | | |
| Par le personnel soignant non-vacciné | | non |  | | | oui | | |  | |
| Par tout le personnel non-vacciné | | non |  | | | oui | | |  | |
| Par tout le personnel (vacciné ou non) | | non |  | | | oui | | |  | |
| Masque porté seulement dans la chambre du résident | | non |  | | | oui | | |  | |
| Masque porté dans tout le service | | non |  | | | oui | | |  | |

En vous remerciant pour votre collaboration.

**Questionnaire à retourner par e-mail ou fax à**

Mme Monica Attinger :

Unité HPCI, CHUV, Mont-Paisible 18/4

CH-1011 Lausanne

[monica.attinger@chuv.ch](mailto:ghislaine.gagnon@chuv.ch)

**Tél.** 41 21 314 0274 **FAX :** 021 314 02 62