# 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 : |       |

En vous remerciant pour votre collaboration.

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

À votre infirmier-ère HPCI régional