# 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