

QUESTIONNAIRE PRE-VACCINAL

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : __/__/____ Age : ____

N° de sécurité sociale : _____

Avez-vous présenté un effet indésirable grave après une vaccination ?	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous des antécédents d'allergie à certaines substances ?	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>
Après ingestion d'œuf ou de poulet, avez-vous déjà présenté une allergie ayant nécessité des soins médicaux immédiats ?	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>
Avez-vous de la fièvre aujourd'hui ?	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>
Êtes-vous sous traitement anticoagulant (AVK ou injections) ?	OUI <input type="checkbox"/> / NON <input type="checkbox"/>

Consentement du/de la patient·e :

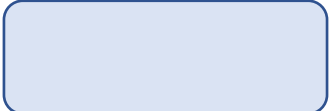
Je soussigné·e (Nom et prénom) _____ atteste avoir reçu de la part de mon infirmier·ière, les informations concernant la vaccination contre _____, notamment sur les bénéfices et les risques liés à la vaccination tels que mentionnés dans la notice des vaccins. J'ai compris l'ensemble de ces informations et j'autorise mon infirmier·ière à me vacciner / ou à vacciner (Nom et prénom) _____. J'ai compris qu'à l'issue de la vaccination, mon infirmier·ière me délivrera une attestation afin que je puisse la présenter à mes (ses) médecins, notamment mon (son) médecin traitant.

J'accepte que mon infirmier·ière transmette directement à mon (son) médecin traitant, les données concernant ladite vaccination, via mon (son) Dossier Médical Partagé ou éventuellement mon (son) Carnet de Vaccination Electronique, ou par messagerie sécurisée si mon (son) médecin et mon (son) infirmier·ière en sont équipés :

OUI / NON Dans la négative, je m'engage à informer moi-même mon (son) médecin traitant.

Fait le : _____ à _____,

Signature du/de la patient·e (ou de son représentant légal et sa qualité) : _____



A remplir par l'Infirmier·ière Diplômé.e d'Etat :

Dénomination du vaccin administré : _____

Numéro de lot: _____

N° Adeli : _____

N° RPPS : _____

Site d'injection : _____

Tampon et signature :

