

FICHE DE VACCINATION A (H1N1)

Centre :

Date :

Priorité :

Matricule (ou date de naissance) :

Nom, prénom :

Nationalité :

Renseignements cliniques (contre-indications) :

Avez-vous actuellement de la fièvre (température > 38 °C) ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous une allergie aux protéines d'œuf ou de poulet, ou aux protéines du blanc d'œuf ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous été vacciné(e) au cours des 3 dernières semaines contre la grippe saisonnière ou la grippe A (H1N1) ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous des problèmes de coagulation de sang ? Oui ☐ Non ☐

Avez-vous eu des problèmes lors d'une vaccination antérieure ? Oui ☐ Non ☐

Souffrez-vous de maladies chroniques ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, desquelles :

.....

.....

Êtes-vous enceinte ? Oui ☐ Non ☐

Accord du patient : Oui ☐ Non ☐

Le patient (ou son représentant légal) déclare avoir pris connaissance des informations concernant la vaccination contre le virus A (H1N1) et marque son accord à l'administration du vaccin :

Nom, prénom, adresse (s'il s'agit du représentant légal)

.....

.....

.....

.....
(Signature de la personne demandant la vaccination)

☐ Apte à la vaccination

☐ Inapte à la vaccination pour cause médicale

.....

(Code du médecin responsable)

.....
(Signature du médecin responsable)

☐ Vacciné(e) le :

☐ Non-vacciné(e) (refus du patient)

.....
(Numéro du lot du médicament)

.....
(Nom, prénom et signature du vaccinateur)

☐ Formulaire enregistré