



## CONSENTEMENT PATIENT

J'ai reçu par  **oral** et/ou par  **documentation écrite** toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt de la vaccination antigrippale, j'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises.

« Je déclare avoir pris connaissance des réactions possibles lors des prochaines 24 à 48h suite à la vaccination (sensibilité au point de ponction, fièvre, douleurs musculaires) »

Partie à remplir par le patient	
Nom et Prénom du patient	Date et Signature

## VACCIN ADMINISTRE

Dénomination commerciale :

N° de lot :

Date de péremption :

## LIEU et VOIE D'INJECTION

Identification Infirmier(ère)
-------------------------------