

VACCINATION ANTIGRIPPALE (TRAÇABILITE)

(À conserver dans le dossier du patient – durée légale 20 ans)

PATIENT(E)

Nom :

Prénom :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone :



Présence du bon adressé par l'Assurance Maladie : oui : [] non : []

Si absence, la vaccination se fait sous prescription médicale du.

Docteur :

Ordonnance du :

INFORMATIONS CLINIQUES

Vaccination antigrippale antérieure : oui : [] non : []

Si non, la primovaccination ne peut être pratiquée sans prescription médicale !

Recherche de contre-indication absolue ou temporaire à la vaccination : les contre-indications notées dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) doivent être recherchées, telles que

- Réaction allergique après une vaccination antigrippale antérieure ?

- Existence d'une allergie connue ?

Si oui, laquelle :

- Etat fébrile ou maladie infectieuse intercurrente ou traitement anti-infectieux en cours ?

- *Traitement anticoagulant ?*

Si la personne est sous traitement anticoagulant, favoriser la voie sous cutanée. Informer la personne des effets secondaires éventuels.

VACCIN ADMINISTRE

Dénomination commerciale :

N° de lot :

Date de péremption :

LIEU et VOIE D'INJECTION

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.

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

Identification Infirmier(ère)
