

## Renseignements administratifs

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° S.S. :

Médecin traitant : Dr

☒ Patient·e de plus de **11 ans** : OUI  / NON  (si non, prescription médicale de l'acte d'injection)

## Informations cliniques

**Recherche de contre-indications absolue ou temporaire à la vaccination :**

☒ Patient·e immuno-déprimé·e ?

OUI  / NON  Si OUI, attention : se référer aux préconisations du calendrier vaccinal.

☒ Réaction allergique après une vaccination antérieure ou à l'ovalbumine (œuf ou protéine de poulet) ?

OUI  / NON  Si OUI, réorientez le-la patient·e vers son médecin traitant.

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

OUI  / NON  Si OUI, invitez le-la patient à se faire vacciner ultérieurement.

☒ Traitement anticoagulant ? OUI  / NON

Si la personne est sous traitement anticoagulant, réalisez l'injection en sous-cutanée profonde.

## Consentement du·de la patient·e

Je soussigné·e ..... (à compléter manuellement), atteste avoir reçu 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 par mon infirmier·ère. J'ai compris l'ensemble de ces informations et j'autorise mon infirmier·ère à me vacciner.

A ....., le ..... Signature patient·e :

## Vaccin utilisé

Dénomination commerciale :

Numéro du lot :

Conservation du vaccin vérifiée : OUI

Date de péremption :

Injection réalisée en : IM  / SC  le :

Par (nom IDEL) :

## Obligation de traçabilité par infirmier·ère

DMP/Mon Espace Santé (via AmeliPro) &  carnet de santé / carte de vaccination patient·e

A défaut :  enregistrement dans le dossier de soins infirmiers + délivrance d'une attestation de vaccination.

En l'absence de DMP :  Message sécurisé au médecin traitant.

\*\*\*\*\*