

**Renseignements administratifs:**

Nom: Prénom:  
 Date de Naissance: N° de sécurité social:  
 Adresse: Téléphone:

***Assurance maladie:***

Présence d'un bon adressé par l'assurance maladie : oui [ ] non [ ]  
 Si absence, s'assurer que la vaccination se fait sous prescription médicale.

***Médecin traitant:***

Nom :  
 Téléphone :  
 Adresse :

**Informations cliniques:**

**Vaccination antigrippale antérieure :** oui [ ] non [ ]  
**Si non, la primovaccination ne peut être pratiquée par un infirmier(ère)  
 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, faire l'injection en sous-cutané.

**Informez la personne des effets secondaires éventuels.**

**Vaccin utilisé:**

Dénomination commerciale : n° de lot :  
 Date de péremption :

**Date:**

**Nom de la personne qui vaccine:**