

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: