



## Déclaration de consentement de vaccination contre l'Influenza A(H1N1)

Merci de remplir le formulaire en lettres capitales.

Nom: ..... Prénom: .....

Date de naissance: .....

Rue: .....

Code postal: ..... Lieu: .....

Caisse numéro (selon la carte d'assuré): .....

N° d'assuré (selon la carte d'assuré): .....

Par ma signature, je certifie que je travaille dans un établissement de santé ou de soins, auprès des services de secours, chez les pompiers ou dans la police.

Par ma signature, je confirme que je souffre d'une maladie en raison de laquelle je peux être vacciné(e) en priorité.

Je ne fais partie d'aucun des deux groupes.

J'ai lu et compris le formulaire de consentement	~ oui	~ non
Je souhaite parler à un médecin	~ oui	~ non
J'ai de la fièvre (température corporelle au-dessus de 38°C)	~ oui	~ non
J'ai déjà eu une allergie après une vaccination	~ oui	~ non
J'ai des réactions hypersensibles aux protéines de l'œuf	~ oui	~ non
Je prends des médicaments diluant le sang	~ oui	~ non
Je suis enceinte	~ oui	~ non
Uniquement pour les enfants de moins de 10 ans :	~ 1 <sup>er</sup> vaccin	
	~ 2 <sup>e</sup> vaccin	

Je n'ai pas de questions et je souhaite me faire vacciner.

Date et signature: .....

Documentation sur le vaccin (à remplir par l'établissement qui a procédé à la vaccination)

### Vaccin

1. Dose ~ Date ..... Lot n°

2. Dose ~ Date ..... Lot n°

Adresse du lieu où a eu lieu la vaccination (tampon)

Nom et signature du médecin:

(Original pour la personne vaccinée, copie pour le lieu où a eu lieu la vaccination)