

Fiche technique T9 – B

DOCUMENTS DISPONIBLES DANS LE CENTRE DE VACCINATION

FICHES MEDICALES INDIVIDUELLES

B1 - Questionnaire préalable à la vaccination A(H1N1)2009 d'un adulte

B2 - Questionnaire préalable à la vaccination A(H1N1)2009 d'un majeur sous tutelle

B3 - Questionnaire préalable à la vaccination A(H1N1)2009 d'un mineur (moins de 18 ans)

Vous êtes invité à prendre connaissance de la charte de la personne accueillie et de la notice d'information avant de remplir ce questionnaire.

B1 - Questionnaire préalable à la vaccination A(H1N1)2009 d'un adulte				
Nom :		Prénom :	Date de naissance :	
Adresse :				
<i>Répondez à toutes les questions en cochant les cases correspondantes dans ce tableau.</i>			Réponse	
			OUI	NON
1	Avez-vous reçu un vaccin contre la grippe saisonnière au cours des 3 dernières semaines ?			
2	Avez-vous eu une réaction grave lors d'une vaccination ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ?			
3	Avez-vous une allergie aux protéines de l'œuf ou de poulet, à l'ovalbumine ou à certains médicaments ? <i>(Ne pas signaler les intolérances digestives à la consommation d'œufs ou de viande de poulet)</i>			
4	Avez-vous actuellement de la fièvre ?			
5	Êtes-vous actuellement malade ou avez vous récemment été malade ?			
6	Avez-vous fait ou faites-vous l'objet d'un suivi médical particulier ?			
7	Êtes-vous atteint d'un trouble de la coagulation ou êtes-vous sous anticoagulant ?			
8	Avez-vous pris un traitement pendant plus de 30 jours ces 6 derniers mois ? <i>(en dehors d'une contraception)</i>			
9	Pour les femmes, êtes-vous enceinte ou pensez-vous être enceinte ?			

A remplir par le médecin

Nom du médecin	Signature du médecin	Date
Observations :		
Prescription médicale (nom du vaccin et dose) :		

A remplir par la personne à vacciner

- Je reconnais avoir pris connaissance de la charte de la personne accueillie *(cochez la case si votre réponse est oui)*
- Je reconnais avoir reçu des informations sur le vaccin et les risques de la vaccination *(cochez la case si votre réponse est oui)*

Je souhaite être vacciné(e) : Oui Non

Date et signature de la personne à vacciner :

En application de la législation en vigueur, vous possédez un droit d'accès à ces informations en contactant la direction départementale des affaires sanitaires et sociales de votre département.

Centre de vaccination	Nom du vaccin	N° du lot

Vous êtes invité à prendre connaissance de la charte de la personne accueillie et de la notice d'information avant de remplir ce questionnaire.

B2 - Questionnaire préalable à la vaccination A(H1N1)2009 d'un majeur sous tutelle			
Nom :	Prénom :	Date de naissance :	
Nom, prénom et adresse du tuteur :			
Répondez à toutes les questions en cochant les cases correspondantes dans ce tableau.		Réponse	
		OUI	NON
1	A-t-il reçu un vaccin contre la grippe saisonnière au cours des 3 dernières semaines ?		
2	A-t-il eu une réaction grave lors d'une vaccination ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ?		
3	A-t-il une allergie aux protéines de l'œuf ou de poulet, à l'ovalbumine ou à certains médicaments ? <i>(Ne pas signaler les intolérances digestives à la consommation d'œufs ou de viande de poulet)</i>		
4	A-t-il actuellement de la fièvre ?		
5	Est-il actuellement malade ou a-t-il récemment été malade ?		
6	A-t-il fait ou fait-il l'objet d'un suivi médical particulier ?		
7	Est-il atteint d'un trouble de la coagulation ou est-il sous anticoagulant ?		
8	A-t-il pris un traitement pendant plus de 30 jours ces derniers mois ? <i>(en dehors d'une contraception)</i>		
9	Pour une femme, est-elle enceinte ou pense-t-elle être enceinte ?		

A remplir par le médecin

Nom du médecin	Signature du médecin	Date
Observations :		
Prescription médicale (nom du vaccin et dose) :		

A remplir par le tuteur

- Je reconnais avoir pris connaissance de la charte de la personne accueillie *(cochez la case si votre réponse est oui)*
- Je reconnais avoir reçu des informations sur le vaccin et les risques de la vaccination *(cochez la case si votre réponse est oui)*

Je donne mon accord à la vaccination de la personne placée sous ma tutelle :

Oui

Non

Date et signature du tuteur :

En application de la législation en vigueur, vous possédez un droit d'accès à ces informations en contactant la direction départementale des affaires sanitaires et sociales de votre département.

Centre de vaccination	Nom du vaccin	N° du lot

Vous êtes invité à prendre connaissance de la charte de la personne accueillie et de la notice d'information avant de remplir ce questionnaire.

B3 - Questionnaire préalable à la vaccination A(H1N1)2009 d'un mineur (moins de 18 ans)			
Nom :		Prénom :	
Noms, prénoms et Adresse(s) des titulaires de l'autorité parentale :		Date de naissance :	
Répondez à toutes les questions en cochant les cases correspondantes dans ce tableau.		Réponse	
		OUI	NON
1	A-t-il reçu un vaccin contre la grippe saisonnière au cours des 3 dernières semaines ?		
2	A-t-il eu une réaction grave lors d'une vaccination ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination?		
3	A-t-il une allergie aux protéines de l'œuf ou de poulet, à l'ovalbumine ou à certains médicaments ? (<i>Ne pas signaler les intolérances digestives à la consommation d'œufs ou de viande de poulet</i>)		
4	A-t-il actuellement de la fièvre ?		
5	Est-il actuellement malade ou a-t-il récemment été malade ?		
6	A-t-il fait ou fait-il l'objet d'un suivi médical particulier ?		
7	Est-il atteint d'un trouble de la coagulation ou est-il sous anticoagulant ?		
8	A-t-il pris un traitement pendant plus de 30 jours ces derniers mois ? (<i>en dehors d'une contraception</i>)		
9	Pour une adolescente, est-elle enceinte ou pense-t-elle être enceinte?		

A remplir par le médecin

Nom du médecin	Signature du médecin	Date
Observations :		
Prescription médicale (nom du vaccin et dose) :		

A remplir par la (les) personne(s) exerçant l'autorité parentale :

- Je reconnais avoir pris connaissance de la charte de la personne accueillie (*cochez la case si votre réponse est oui*)
- Je reconnais avoir reçu des informations sur le vaccin et les risques de la vaccination (*cochez la case si votre réponse est oui*)

Je donne mon accord à la vaccination de mon enfant :

 Oui Non

Nom, Prénom, date et signature du(ou des) titulaires de l'autorité parentale :

En application de la législation en vigueur, vous possédez un droit d'accès à ces informations en contactant la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales de votre département.

Centre de vaccination	Nom du vaccin	N° du lot