

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 :	
Adresse :		Date de naissance :	
Répondez à toutes les questions en cochant les cases correspondantes dans ce tableau.			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 ? (Ne pas signaler les intolérances digestives à la consommation d'œufs ou de viande de poulet)		
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 ? (en dehors d'une contraception)		
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