

Fiche médicale individuelle

Questionnaire préalable à la vaccination A (H1N1) 2009

> Mineur (moins de 18 ans)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

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

Mineur – NOM :		Prénom :	Date naissance : / /		
Titulaires de l'autorité parentale – Nom(s), Prénom(s) et adresse(s)					
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 ? (Ne pas signaler les intolérances digestives à la consommation d'œufs ou de viande de poulet)				
4	A t-il actuellement de la fièvre ?				
5	Est-il actuellement malade ou avez-vous 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 6 derniers mois ? (en dehors d'une contraception)				
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 ou les personnes 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 la vaccination (cochez la case si votre réponse est oui)

Je donne mon accord à la vaccination de mon enfant :

Oui Non

Nom(s) , Prénom(s), 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.

Les gestes de chacun font la santé de tous



Centre de vaccination	Nom du vaccin	N° du lot