



Vaccination antigrippale 2021/2022

NOM Prénom

Né (e) le/...../..... Âge.....

Adresse.....
.....

Code postal..... Ville

Téléphone fixe Portable

- Avez-vous déjà reçu le vaccin contre la grippe saisonnière ? Oui /non
- Êtes-vous sous traitement anticoagulants (AVK ou injections) ? Oui/non
- Vous sentez vous malade aujourd'hui ? Fiévreux ? Oui/non
- Après ingestion d'oeufs ou de poulet, avez-vous déjà présenté une allergie assez grave, ayant immédiatement nécessité des soins médicaux ?
Oui/non
- Après avoir reçu un vaccin, avez-vous déjà présenté une réaction suffisamment grave pour consulter un médecin ou vous rendre à l'hôpital ?
Oui/non
- Je déclare avoir pris connaissance des réactions possibles suite à la vaccination (sensibilité, légère fièvre, malaise, douleurs musculaires possibles durant 24 à 48 heures) et connaître les instructions à suivre en cas de réactions (serviette humide au site d'injection, paracétamol au besoin et consulter votre médecin selon la gravité des symptômes).
Oui/non

Date : Signature :
(Pour les mineurs, signature du représentant légal)

SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIER(E)

Prescrit le/...../..... par le docteur

LOT N°.....

Éligible à la vaccination : oui /non.

Complications immédiates : Oui/non

Signature et cachet de l'infirmier :