

Si vous répondez oui à un de ces items, votre vaccination doit être reportée.

Un professionnel de santé vous indiquera à partir de quand vous pourrez être vacciné(e)

POUR LES FEMMES, ETES-VOUS ENCEINTE OU PREVOYEZ-VOUS DE L'ETRE DANS LES 3 MOIS ?

OUI

NON

SUIVEZ-VOUS UN TRAITEMENT ANTICOAGULANT EN CE MOMENT ?

OUI

NON

Lequel : _____

ETES-VOUS SATISFAIT DES REPONSES OBTENUS CONCERNANT LA VACCINATION ?

OUI

NON

Signature du patient (précédée de la mention « Lu et approuvé ») :

PARTIE RÉSERVÉE AU MÉDECIN

ÉVALUATION DES CONTRE INDICATIONS À LA VACCINATION COVID19

BÉNÉFICES > RISQUES : VACCINATION AUTORISÉE

OUI

NON

PATIENT ACCOMPAGNÉ D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE ?

OUI

NON

IDENTITÉ DE LA PERSONNE DE CONFIANCE

NOM : _____ **PRÉNOM :** _____

ADRESSE : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE : _____

LIEN: _____

Je soussigné, Dr _____

certifie avoir délivré une information claire, loyale et compréhensible au moyen du formulaire de consentement remis en main propre à

Monsieur, Madame (rayer la mention inutile) : _____

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature du médecin

PARTIE RÉSERVÉE À L'INFIRMIER(E)

INJECTION BRAS

DROIT

GAUCHE

N° de LOT : _____ **HORAIRE :** _____

Signature de l'infirmier(e)