

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

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

ADULTE

Questionnaire préalable à la vaccination A(H1N1)2009			
Nom :	Prénom :	Date de naissance :	
Adresse :			
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 (<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	Etes-vous actuellement malade ou avez vous récemment été malade ? (<i>Ne pas signaler les affections courantes : rhume, eczéma... mais n'oubliez pas de signaler une grippe ou une suspicion de grippe</i>) ?		
6	Avez-vous fait ou faites-vous l'objet d'un suivi médical particulier ?		
7	Etes-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 le patient :

- Je reconnais avoir pris connaissance de la charte de la personne accueillie et de la notice relative au vaccin utilisé (*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) (*cochez la case si votre réponse est oui*)
- Je ne souhaite pas être vacciné(e) (*cochez la case si votre réponse est oui*)

Date et signature du patient (obligatoire) :

Centre de vaccination	Nom du vaccin	N° du lot