

ANNÉE 2018

Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ...../...../..... Âge : .....

Adresse : .....

Code postal      Ville : .....

Tél. fixe : ..... Tél. portable : .....

### SECTION À REMPLIR PAR L'USAGER

- Avez-vous déjà reçu le vaccin contre la grippe saisonnière ?  Oui  Non
- Avez-vous déjà reçu le vaccin contre le pneumocoque ?  Oui  Non  
SI OUI, date à laquelle vous avez reçu le vaccin ? ...../...../..... Lequel ?.....
- Vous sentez vous malade aujourd'hui ? Fiévreux ?  Oui  Non
- Après ingestion d'œufs 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

Signature de l'utilisateur :

Date : ...../...../.....

**Attention!** Si le patient est mineur, signature obligatoire d'un représentant légal, en précisant son statut

### SECTION RÉSERVÉE À L'INFIRMIÈRE

vaccin	n° lot	site	date	signature et tampon

Prescrit le : ...../...../..... par le Docteur : .....

Délivré le : ...../...../..... par la pharmacie : .....



CONVERGENCE INFIRMIÈRE

96, rue Icare - 34130 Mauguio  
contact@convergenceinfirmiere.com - Tél. : 04 99 13 35 05

