

ANNÉE 2019

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
- Etes-vous sous traitement anticoagulants (AVK ou injections) ? Oui Non
- 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).

Signature de l'usager : Oui Non

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



facebook.com/Convergence-infirmiere



twitter.com/Convergence-infirmiere