

Fiche médicale individuelle

Questionnaire préalable à la vaccination A (H1N1) 2009

> Mineur (moins de 18 ans)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

| | | | | | | |
|--|---|-----------------|--|-------------------------|----------------|------------|
| Mineur – NOM : | | Prénom : | | Date naissance : | | |
| Titulaire de l'autorité parentale – Nom, Prénom(s) et adresse | | | | | | |
| Répondez à toutes les questions en cochant les cases correspondantes dans ce tableau. | | | | | Réponse | |
| L'enfant : | | | | | OUI | NON |
| 1 | A t-il reçu un vaccin contre la grippe saisonnière au cours des 3 dernières semaines ? | | | | | |
| 2 | A t-il eu une réaction grave lors d'une vaccination ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ? | | | | | |
| 3 | A t-il 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 | A t-il actuellement de la fièvre ? | | | | | |
| 5 | est-il actuellement malade ou a-t-il récemment été malade ? | | | | | |
| 6 | A t-il fait ou fait-il l'objet d'un suivi médical particulier ? | | | | | |
| 7 | Est-il atteint d'un trouble de la coagulation ou est-il sous anticoagulant ? | | | | | |
| 8 | A t-il pris un traitement pendant plus de 30 jours ces 6 derniers mois ? <i>(en dehors d'une contraception)</i> | | | | | |

A remplir par le médecin

| | | |
|---|-----------------------------|-------------|
| Nom du médecin | Signature du médecin | Date |
| Observations : | | |
| Prescription médicale (nom du vaccin et dose) : | | |

En application de la législation en vigueur, vous possédez un droit d'accès à ces informations en contactant la direction départementale des affaires sanitaires et sociales de votre département.

| Etablissement | Nom du vaccin | N° du lot |
|----------------------|----------------------|------------------|
| | | |

Les gestes de chacun font la santé de tous

