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

B1 - Questionnaire préalable à la vaccination A(H1N1)2009 d'un adulte			
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'oeuf ou de poulet, à l'ovalbumine ou à certains médicaments ? (*Ne pas signaler les intolérances digestives à la consommation d'oeufs ou de viande de poulet*)		
4	Avez-vous actuellement de la fièvre ?		
5	Etes-vous actuellement malade ou avez vous récemment été malade ?		
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 ? (*en dehors d'une contraception*)		
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 la personne à vacciner

☐ Je reconnais avoir pris connaissance de la charte de la personne accueillie (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) : ☐ Oui ☐ Non

Date et signature de la personne à vacciner :

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.

Centre de vaccination	Nom du vaccin	N° du lot