

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

B3 - Questionnaire préalable à la vaccination A(H1N1)2009 d'un mineur (moins de 18 ans)				
Nom :		Prénom :		
Adresse :		Date de naissance :		
Répondez à toutes les questions en cochant les cases correspondantes dans ce tableau			Réponse	
			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'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	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 ? (en dehors d'une contraception)			
9	Pour une adolescente, est-elle enceinte ou pense-t-elle 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 (les) personne(s) exerçant l'autorité parentale :

- 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 donne mon accord à la vaccination de mon enfant : Oui Non

Nom, prénom, date et signature du (ou des) titulaires de l'autorité parentale :

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