Fiche médicale individuelle

Questionnaire préalable à la vaccination A (H1N1) 2009

> Mineur (moins de 18 ans)

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
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. **L'enfant :**	**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'œuf ou de poulet, à l'ovalbumine ou à certains médicaments ? *(Ne pas signaler les intolérances digestives à la consommation d'œufs 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)*		

A remplir par le médecin présent lors de la vaccination

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.

Établissement	**Nom du vaccin**	**N°du lot**

Les gestes de chacun font la santé de tous

STOP aux virus de la grippe