

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 naiss. :	
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 de l'équipe mobile de 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.

Etablissement	Nom du vaccin	N° du lot

Les gestes de chacun font la santé de tous

