

FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

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

**MINEUR
(MOINS DE 18 ANS)**

Questionnaire préalable à la vaccination A(H1N1)2009				
Nom :		Prénom :		
		Date de naissance :		
Noms, prénoms et Adresse(s) des titulaires de l'autorité parentale :				
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'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 ? (<i>Ne pas signaler les affections courantes : rhume, eczéma... mais n'oubliez pas de signaler une grippe ou une suspicion de grippe</i>) ?			
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 derniers mois (<i>en dehors d'une contraception</i>) ?			
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 les personnes exerçant l'autorité parentale :

- Je reconnais avoir pris connaissance de la charte de la personne accueillie et de la notice relative au vaccin utilisé (*cochez la case si votre réponse est oui*)
- Je reconnais avoir reçu des informations sur le vaccin et ses risques (*cochez la case si votre réponse est oui*)
- Je donne mon accord à la vaccination de mon enfant (*cochez la case si votre réponse est oui*)
- Je ne donne pas mon accord à la vaccination de mon enfant (*cochez la case si votre réponse est oui*)
- En cas de signature par l'un des titulaires de l'autorité parentale : J'atteste que le second titulaire consent à la vaccination (*cochez la case si votre réponse est oui*)

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

Centre de vaccination	Nom du vaccin	N° du lot