

Une notice d'information est à votre disposition. Vous devez en prendre connaissance avant de remplir ce questionnaire.

Questionnaire préalable à la vaccination A/(H1N1)v d'un adulte (18 ans et plus)				
Nom :		Prénom :	Date de naissance :	
Répondez par « oui » ou par « non » 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'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	Avez-vous actuellement de la fièvre ?			
5	Etes-vous actuellement malade ou avez vous 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	Avez-vous fait ou faites-vous l'objet d'un suivi médical particulier ?			
7	Avez-vous pris un traitement pendant plus de 30 jours ces 6 derniers mois ( <i>en dehors d'une contraception</i> ) ?			
8	Pour les femmes, êtes-vous enceinte ou pensez-vous être enceinte ?			

A remplir par le médecin :

Nom du médecin	Signature du médecin	Date
Décision médicale :		

A remplir par le patient :

- Je reconnais avoir reçu les informations, compris les termes de ce questionnaire et y avoir répondu en toute sincérité (*cochez la case si votre réponse est oui*)
- Je souhaite être vacciné(e) (*cochez la case si votre réponse est oui*)
- Je ne souhaite pas être vacciné(e) (*cochez la case si votre réponse est oui*)

Date et signature du patient :

Intitulé de l'établissement	Nom du vaccin	N° du lot