

Fiche de traçabilité vaccination



Date:

Informations patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Numéro de sécurité sociale : (15 chiffres)

- ◇ **Eligibilité à la vaccination** : Avez-vous plus de 16 ans ? OUI NON
Avez-vous une prescription médicale du vaccin ? OUI NON
Etes-vous enceinte ? OUI NON
- ◇ **Etes-vous allergique ?** Aux œufs, au poulet : OUI NON
A certains antibiotiques (gentamycine, néomycine...) : OUI NON
Antécédent d'allergie ou de réaction importante à une vaccination antérieure? OUI NON
- ◇ **Etat de santé** : Avez-vous de la fièvre ? (si oui, il vaut mieux différer la vaccination de quelques jours) OUI NON
Etes-vous traité par un médicament anticoagulant ? OUI NON
Prenez-vous un traitement immunosuppresseur ? OUI NON

Pharmacien vaccinateur :

Médecin prescripteur ou médecin traitant :

Vaccin injecté :

Primo vaccination : Rappel vaccinal :

Numéro de lot :

Date de péremption :

Site d'injection :

Tampon de la pharmacie

Signature du pharmacien

Fiche de traçabilité vaccinations simultanées



Date:

Informations patient :

Nom : Prénom :

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) :

Numéro de sécurité sociale : (15 chiffres)

- ◇ **Eligibilité à la vaccination** : Avez-vous plus de 16 ans ? OUI NON
Avez-vous une prescription médicale du vaccin ? OUI NON
Etes-vous enceinte ? OUI NON
- ◇ **Etes-vous allergique ?** Aux œufs, au poulet : OUI NON
A certains antibiotiques (gentamycine, néomycine...) : OUI NON
Antécédent d'allergie ou de réaction importante à une vaccination antérieure? OUI NON
- ◇ **Etat de santé** : Avez-vous de la fièvre ? (si oui, il vaut mieux différer la vaccination de quelques jours) OUI NON
Etes-vous traité par un médicament anticoagulant ? OUI NON
Prenez-vous un traitement immunosuppresseur ? OUI NON

Pharmacien vaccinateur :

Médecin prescripteur ou médecin traitant :

1^{er} vaccin injecté : 2^{ème} vaccin injecté :

Primo vaccination : Rappel vaccinal : Primo vaccination : Rappel vaccinal :

Numéro de lot : Numéro de lot :

Date de péremption : Date de péremption :

Site d'injection : Site d'injection :

Tampon de la pharmacie

Signature du pharmacien