

# 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<sup>er</sup> vaccin injecté : ..... 2<sup>ème</sup> 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