

# Fiche médicale individuelle

## Questionnaire préalable à la vaccination A (H1N1) 2009

### > Mineur (moins de 18 ans)



MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SPORTS

Vous êtes invité(e) à prendre connaissance de la charte de la personne accueillie et de la notice d'information avant de remplir ce questionnaire.

<b>Mineur – NOM :</b>	<b>Prénom :</b>	<b>Date naiss. :</b>	
<b>Titulaires de l'autorité parentale – Nom(s), Prénom(s) et adresse(s)</b>			
<b>Répondez à toutes les questions en cochant les cases correspondantes dans ce tableau.</b>		<b>Réponse</b>	
		<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>1</b>	A t-il reçu un vaccin contre la grippe saisonnière au cours des 3 dernières semaines ?		
<b>2</b>	A t-il eu une réaction grave lors d'une vaccination ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ?		
<b>3</b>	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> )		
<b>4</b>	A t-il actuellement de la fièvre ?		
<b>5</b>	est-il actuellement malade ou avez vous récemment été malade ?		
<b>6</b>	A t-il fait ou fait-il l'objet d'un suivi médical particulier ?		
<b>7</b>	Est-il atteint d'un trouble de la coagulation ou est-il sous anticoagulant ?		
<b>8</b>	A t-il pris un traitement pendant plus de 30 jours ces 6 derniers mois ? ( <i>en dehors d'une contraception</i> )		
<b>9</b>	Pour une adolescente, est-elle enceinte ou pense-t-elle être enceinte ?		

### A remplir par le médecin

<b>Nom du médecin</b>	<b>Signature du médecin</b>	<b>Date</b>
Observations :		
Prescription médicale (nom du vaccin et dose) :		

### A remplir par la ou les personnes exerçant l'autorité parentale

- Je reconnais avoir pris connaissance de la charte de la personne accueillie (*cochez la case si votre réponse est oui*)
- Je reconnais avoir reçu des informations sur le vaccin et les risques de la vaccination (*cochez la case si votre réponse est oui*)

Je donne mon accord

à la vaccination de mon enfant :

Oui

Non

Nom(s) , Prénom(s), date

et signature du ou des titulaires  
de l'autorité parentale

*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.*

<b>Centre de vaccination</b>	<b>Nom du vaccin</b>	<b>N° du lot</b>

Les gestes de chacun font la santé de tous

