

Exemple de fiche Patient pour la réalisation d'une vaccination antigrippale
Avec les éléments à conserver dans le dossier du patient

Renseignements administratifs

Nom: Prénom:
Date de Naissance : Téléphone:
Adresse:

Assurance maladie :

Présence d'un bon adressé par l'assurance maladie : oui : [] non : []
Si absence, s'assurer que la vaccination se fait sous prescription médicale.

Médecin traitant :

Nom: Téléphone:
Adresse:

Informations cliniques

| |
|--|
| Vaccination antigrippale antérieure: oui: [] non:[] Si non, la primovaccination ne peut être pratiquée par un infirmier(ère) Sans prescription médicale. |
|--|

Recherche de contre-indication absolue ou temporaire à la vaccination : les contre-indications notées dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) doivent être recherchées, telles que:

- Réaction allergique après une vaccination antigrippale antérieure ?
- Existence d'une allergie connue ?
Si oui, laquelle :
- Etat fébrile ou maladie infectieuse intercurrente ou traitement anti-infectieux en cours ?
- Traitement anticoagulant ?
Si la personne est sous traitement anticoagulant, faire l'injection en sous-cutané.

Informez la personne des effets secondaires éventuels.

Vaccin utilisé:

Dénomination commerciale : N° de lot :
Date de péremption :

Date: **Nom de la personne qui vaccine :**