



Formulaire pour la Journée de vaccination contre la grippe 2009

Nom : Prénom : Année de naissance :

Adresse : NP/Lieu :

Contre-indications

- | | Non | Oui |
|---|--------------------------|---|
| ▪ Avez-vous actuellement de la fièvre ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> report de la vaccination |
| ▪ Etes-vous hypersensible aux protéines de l'œuf? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> avis médical |
| ▪ Problèmes rencontrés lors de vaccinations précédentes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> avis médical |

Information au patient sur la vaccination contre la grippe :

Le patient a reçu la brochure pour patients de l'Office fédéral de la santé publique (dépliant d'information sur la vaccination contre la grippe); les points suivants ont été discutés avec lui:

- | | |
|---|--------------------------|
| ▪ Contre quoi la vaccination contre la grippe vous protège-t-elle ? | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Quels sont les éventuels effets secondaires ¹ et les risques ² de la vaccination contre la grippe ? | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Qui devrait se faire vacciner ? | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Qui paie ? | <input type="checkbox"/> |

Décision du patient

Accepte de se faire vacciner Oui

Vaccin utilisé :

Date de l'entretien

Timbre du cabinet médical

.....

.....

¹ Rougeurs autour de la zone d'injection, douleurs et démangeaisons ; plus rarement légère fièvre, nausées ou douleurs musculaires ; très rarement, tuméfaction, urticaire, asthme allergique ou réaction allergique immédiate.

² Le risque de graves complications suite à une grippe est plus important que celui d'effets secondaires sérieux secondaires à la vaccination.