

Fiche médicale individuelle

Questionnaire préalable à la vaccination A (H1N1) 2009

> Adulte



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.

NOM :	Prénom :		
Date de naiss. :			
Adresse :			
Répondez à toutes les questions en cochant les cases correspondantes dans ce tableau.		Réponse	
		OUI	NON
1	Avez-vous reçu un vaccin contre la grippe saisonnière au cours des 3 dernières semaines ?		
2	Avez-vous eu une réaction grave lors d'une vaccination ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ?		
3	Avez-vous 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>		
4	Avez-vous actuellement de la fièvre ?		
5	Etes-vous actuellement malade ou avez vous récemment été malade ?		
6	Avez-vous fait ou faites-vous l'objet d'un suivi médical particulier ?		
7	Etes-vous atteint d'un trouble de la coagulation ou êtes-vous sous anticoagulant ?		
8	Avez-vous pris un traitement pendant plus de 30 jours ces 6 derniers mois ? <i>(en dehors d'une contraception)</i>		
9	Pour les femmes : êtes-vous enceinte ou pensez-vous être enceinte ?		

A remplir par le médecin

Nom du médecin	Signature du médecin	Date
Observations :		
Prescription médicale (nom du vaccin et dose) :		