

# 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) :		