

**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 : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

***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**

|   |
|---|
| <p><b>Vaccination antigrippale antérieure : oui : [ ] non : [ ]</b><br/><b>Si non, la primovaccination ne peut être pratiquée par un infirmier(ère)<br/>sans prescription médicale.</b></p> |
|---|

**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 : \_\_\_\_\_