

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