



FICHE D'ANAMNÈSE POUR LE VACCIN

**REMPILIR LE FORMULAIRE
ÉGALEMENT AU VERSO**

Vaccination(s) : _____

Je soussigné(e) _____ né(e) le _____ <i>(nom et prénom du parent)</i>		
Je soussigné(e) _____ né(e) le _____ <i>(nom et prénom du parent)</i>		
Parents/exerçant de la responsabilité parentale/tuteur/gardien de _____ <i>(nom et prénom de l'enfant)</i>		
Né(e) à _____ le _____		
Déclare que l'enfant (Pour les enfants âgés de plus de six mois, veuillez compléter à partir de la question 4)		
1. Est né prématurément et/ou avec un faible poids.	Oui	Non
2. A déjà eu une invagination intestinale ou souffre d'une malformation congénitale incorrecte du tractus gastro-intestinal qui pourrait prédisposer à une invagination intestinale.	Oui	Non
3. A des membres de sa famille (frères et sœurs, parents ou grands-parents) atteints d'une immunodéficience congénitale	Oui	Non
4. Est né d'une mère ayant reçu des traitements immunosuppresseurs pendant la grossesse ou l'allaitement	Oui	Non
5. A des maladies Si oui, veuillez préciser _____	Oui	Non
6. Souffre de maladies qui réduisent l'immunité (par exemple, leucémie, tumeurs, VIH) ou vit avec des personnes atteintes de ces maladies. Si oui, veuillez préciser _____	Oui	Non
7. A reçu des transfusions sanguines, des produits sanguins, des immunoglobulines ou des médicaments antiviraux au cours de l'année passée Si oui, veuillez préciser _____	Oui	Non
8. Au cours des 6 derniers mois, a pris des médicaments de façon continue (en particulier des immunosuppresseurs) ou a reçu un traitement de radiothérapie ou de dialyse Si oui, veuillez préciser _____	Oui	Non
9. A eu des infections récurrentes, persistantes ou graves Si oui, veuillez préciser _____	Oui	Non
10. A eu (ou ses parents ou frères et sœurs ont eu) des convulsions fébriles, de l'épilepsie ou des troubles neurologiques. Si oui, veuillez préciser _____	Oui	Non
11. Allergie à des médicaments, des aliments, au latex ou à d'autres substances Si oui, veuillez préciser _____	Oui	Non
12. A reçu des vaccinations dans les 4 dernières semaines ? Si oui, veuillez préciser _____		
13. A eu une réaction sévère à une dose précédente de vaccin Si oui, veuillez préciser _____	Oui	Non
14. A subi une intervention chirurgicale Si oui, veuillez préciser _____	Oui	Non
15. Grossesse en cours (uniquement pour les femmes en âge de procréer)	Oui	Non
REMARQUES _____		

SIGNATURES des parents : Parent _____ Parent _____
Signature de la personne exerçant la responsabilité parentale / du tuteur / du gardien (*joindre une copie du document d'identité*) _____

État de santé adapté à la vaccination : Oui Non

Date _____ **SIGNATURE et cachet du médecin ou de l'assistant social / infirmier** _____

DÉCLARATION D'INFORMATIONS CONCERNANT L'EXÉCUTION DES VACCINATIONS OBLIGATOIRES ET RECOMMANDÉES

Je soussigné(e) _____ né(e) le _____
Je soussigné(e) _____ né(e) le _____
parents/exerçant la responsabilité parentale/tuteur/gardien de _____
né(e) à _____ le _____

NOUS DÉCLARONS

- avoir reçu toutes les informations concernant le traitement proposé, les risques et complications possibles (y compris la concomitance éventuelle d'autres pathologies), les conséquences possibles d'un refus ou de l'absence de la (des) vaccination(s) proposée(s), avoir compris les informations fournies et que avoir reçu une réponse à la demande d'éclaircissements.
- avoir été informés de la nécessité de rester dans le service pendant 15 minutes après la vaccination et de surveiller notre enfant pendant la période de vaccination et la période post-vaccinale
- avoir informés que le(s) **VACCIN(s) OBLIGATOIRE(s)** suivant(s) est/sont administré(s) aujourd'hui conformément la loi n° 119 du 31 juillet 2017 sur les obligations vaccinales, dont nous avons reçu les notes d'information.

<input type="checkbox"/> Anti-poliomyélite	<input type="checkbox"/> Anti-hépatite B
<input type="checkbox"/> Anti-tétanique	<input type="checkbox"/> Anti Haemophilus Influentiae B
<input type="checkbox"/> Antidiphtérique	<input type="checkbox"/> Anti-rougeole-oreillons-rubéole
<input type="checkbox"/> Anti-coqueluche	<input type="checkbox"/> Anti Varicelle <i>pour les personnes nées à partir de 2017</i>

EXPRIMER NOTRE CONSENTEMENT/DÉSACCORD À L'EXÉCUTION DE LA (DES) VACCINATION(S) RECOMMANDÉE(S) SUIVANTE(S), pour laquelle (lesquelles) nous avons reçu les notes d'information :

Anti Rotavirus	<input type="checkbox"/> Consentement	<input type="checkbox"/> Désaccord
Anti-pneumococcique Conjugué	<input type="checkbox"/> Consentement	<input type="checkbox"/> Désaccord
Anti-méningocoque B	<input type="checkbox"/> Consentement	<input type="checkbox"/> Désaccord
Anti-méningococcique ACWY	<input type="checkbox"/> Consentement	<input type="checkbox"/> Désaccord
Anti Papillomavirus nonavalent	<input type="checkbox"/> Consentement	<input type="checkbox"/> Désaccord
Anti-hépatite A	<input type="checkbox"/> Consentement	<input type="checkbox"/> Désaccord
Anti-grippal	<input type="checkbox"/> Consentement	<input type="checkbox"/> Désaccord
Anti-Varicelle <i>pour les personnes nées avant 2017</i>	<input type="checkbox"/> Consentement	<input type="checkbox"/> Désaccord

SIGNATURE des deux parents qui doivent être présents au service de vaccination* ou à remettre à la personne ayant reçu procuration si les parents ne peuvent pas être présents.

Parent _____ Parent _____

Signature de la personne exerçant la responsabilité parentale/du tuteur/du gardien (*joindre une copie du document d'identité*) _____

Date _____ SIGNATURE et cachet du médecin ou de l'assistant social / infirmier _____

*en l'absence de l'un des parents, le parent présent au service de vaccination remplira le formulaire d'auto-certification