

## FICHE MEDICALE INDIVIDUELLE

Vous devez prendre connaissance de la charte de la personne accueillie et de la notice d'information avant de remplir ce questionnaire.

**MAJEUR SOUS  
TUTELLE**

Questionnaire préalable à la vaccination A(H1N1)2009			
Nom :	Prénom :	Date de naissance :	
Nom, prénom et adresse du tuteur :			
Répondez à toutes les questions en cochant les cases correspondantes dans ce tableau.		Réponse	
		OUI	NON
1	A-t-il reçu un vaccin contre la grippe saisonnière au cours des 3 dernières semaines ?		
2	A-t-il eu une réaction grave lors d'une vaccination ou fait l'objet d'une contre-indication à une vaccination ?		
3	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> ) ?		
4	A-t-il actuellement de la fièvre ?		
5	Est-il actuellement malade ou a-t-il récemment été malade ? ( <i>Ne pas signaler les affections courantes : rhume, eczéma...mais n'oubliez pas de signaler une grippe ou une suspicion de grippe</i> ) ?		
6	A-t-il fait ou fait-il l'objet d'un suivi médical particulier ?		
7	Est-il atteint d'un trouble de la coagulation ou est-il sous anticoagulant ?		
8	A-t-il pris un traitement pendant plus de 30 jours ces derniers mois ( <i>en dehors d'une contraception</i> ) ?		
9	Pour une femme, est-elle enceinte ou pense-t-elle être enceinte ?		

### A remplir par le médecin :

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

### A remplir par le tuteur :

- Je reconnais avoir pris connaissance de la charte de la personne accueillie et de la notice relative au vaccin utilisé (*cochez la case si votre réponse est oui*)
- Je reconnais avoir reçu des informations sur le vaccin et ses risques (*cochez la case si votre réponse est oui*)
- Je donne mon accord à la vaccination de la personne placée sous ma tutelle (*cochez la case si votre réponse est oui*)
- Je ne donne pas mon accord à la vaccination de la personne placée sous ma tutelle (*cochez la case si votre réponse est oui*)

**Date et signature du tuteur (obligatoire) :**

Centre de vaccination	Nom du vaccin	N° du lot