



## DEMANDE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Cette vaccination peut engendrer des réactions locales (douleurs, rougeurs...) ou des réactions générales (fièvre, fatigue, céphalées, douleurs musculaires et articulaires).

Ces réactions sont les plus souvent bénignes et disparaissent spontanément.

En cas de terrain à risque, quelques cas rares d'allergie type anaphylaxie ont été décrits.

2 cas de paralysie faciale déclarés.

Je déclare et donne mon accord pour la pratique du vaccin.

Je reconnais avoir eu connaissance des bénéfices et risques liés à la vaccination :  OUI  NON

Je souhaite être vacciné :  OUI  NON

Date et signature :

DATE DE LA VACCINATION :

MEDECIN : Observations	Identification médecin
<b>FEU VERT VACCINATION</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Indication du côté à vacciner : <input type="checkbox"/> Bras droit <input type="checkbox"/> Bras gauche	

IDE : Surveillance & Observations	Heure	Id. IDE
Bras injecté : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche		
<b>TA avant injection :</b> Observations :	<div style="border: 1px dotted black; padding: 5px;"><p><i>Espace étiquette</i></p><p>Nom du vaccin : <input type="checkbox"/> PFIZER-BioNTech <input type="checkbox"/> MODERNA N° lot : .....</p></div>	
<b>TA après 15 min :</b>		
<b>Effets indésirables observés</b> <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI : .....		

SECRETAIRE / IDE	Identification
<b>Heure de départ du Centre de vaccination :</b> .....	
<input type="checkbox"/> Remise des consignes de surveillance	