



## ANNEXE D : Ordonnance de vaccination anti-Covid-19

*Fiche à renseigner par le prescripteur*

*Prise en charge à 100% par la Direction de la Santé dans le cadre de la campagne de vaccination anti-Covid-19*

### Identification du prescripteur

Nom : .....

Médecin traitant du patient :  Oui  Non

Date de prescription : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Identification du patient

DN : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  M  F

Date de naissance \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

### Conclusions de la consultation pré vaccinale

Le patient ne présente aucune contre-indication relative ou absolue à la vaccination anti-Covid-19 :  Oui

Le patient présente des précautions particulières relatives à l'acte vaccinal dont il devra faire mention le jour de la vaccination :  Oui  Non

Le patient ou le tiers qui le représente est bien informé sur la vaccination anti-Covid-19 selon les modalités indiquées dans l'aide-mémoire à la consultation pré vaccinale et consent à cette dernière :  Oui  Non

Le patient ou le tiers qui le représente consent à ce que les données personnelles du patient soient partagées dans le cadre de la campagne de vaccination selon les dispositions indiquées dans l'aide-mémoire à la consultation pré vaccinale :  Oui  Non

### Ordonnance de prescription de vaccin anti-Covid-19

Faire pratiquer un schéma vaccinal Anti-Covid-19 complet\*

\* nombre de doses et intervalles selon les indications de la spécialité utilisée au moment de la vaccination

*Tampon professionnel et signature*

