DIRECTION
DE LA SANTÉ

FICHE DE VACCINATION COQUELUCHE
TRACABILITE ALTERNATIVE

(À remplir et saisir par le professionnel de santé pour chaque personne vaccinée)

Nom : Prénom :	Date de naissance : DN :	
Femme enceinte entre 20SA – 36SA	Oui	Non
Femme parturiente ou en post-partum immédiat	Oui	Non
Professionnel de la petite enfance (santé et social) Structure :	Oui	Non

Réservé au praticien

PROTECTION CONTRE LA COQUELUCHE		
Antécédents de coqueluche datant de moins de 10 ans	Oui	Non
Antécédents de vaccination contre la coqueluche datant de moins de 5 ans	Oui	Non

Saisie sur Vaxifenua : OUI ☐ NON ☐

Si non, transmis pour saisie à :

☐ Médecin référent

☐ Référent de structure

☐ Cadre de santé

Date d'administration	Vaccin administré	Identification et signature du praticien
	N° de lot du vaccin : Date de péremption :	