

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
MARISOL TOURAINE

*Le ministre de l'économie
et des finances,*
MICHEL SAPIN

*Le secrétaire d'Etat
chargé du budget
et des comptes publics,*
CHRISTIAN ECKERT

ANNEXE

CONSENTEMENT DU PATIENT POUR SE FAIRE VACCINER PAR UN PHARMACIEN
CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE (*)

Je, soussigné(e) ... (à compléter manuellement),
Atteste avoir reçu les informations concernant la vaccination contre la grippe saisonnière, NOTAMMENT SUR
LES BÉNÉFICES ET LES RISQUES LIÉS À LA VACCINATION TELS QUE MENTIONNÉS DANS LA
NOTICE DES VACCINS, par mon pharmacien.

J'ai compris l'ensemble de ces informations et j'autorise MON PHARMACIEN à me vacciner.

J'ai compris qu'à l'issue de la vaccination, le pharmacien me délivrera une attestation afin que je puisse la
présenter à mes médecins, notamment mon médecin traitant.

J'ai compris qu'aucune donnée nominative me concernant n'est enregistrée sur la plateforme « expérimentation
vaccinale » de l'Ordre des pharmaciens.

J'accepte que mon pharmacien transmette directement à mon médecin traitant, les données concernant ma
vaccination contre la grippe saisonnière, via mon Dossier Médical Partagé ou mon Carnet de Vaccination
Electronique si j'en possède un, ou par messagerie sécurisée si mon médecin et mon pharmacien sont équipés.

Oui Non

Dans la négative, je m'engage à informer moi-même mon médecin traitant.

A, le

Signature

En cas d'effet indésirable, déclarez sur le portail des signalements des événements sanitaires graves
(https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil).

(*) Dans le cadre de l'article 66 de la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017.