

Annexe

ATTESTATION DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE

ATTESTATION DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE ANNEE ... *

NOM :(A COMPLETER MANUELLEMENT)

PRENOM :

DATE DE NAISSANCE : ../../....

A ETE VACCINE CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE (COMPLETE PAR LA PLATEFORME)

LE : ../../....

PAR : ... (NOM ET PRENOM DU PHARMACIEN)

EXERÇANT DANS LA PHARMACIE : ...

NOM DU VACCIN INJECTE :(COMPLETE PAR LA PLATEFORME)

NUMERO DE LOT :

DATE DE PEREMPTION :

EFFETS INDESIRABLES : (COMPLETE PAR LA PLATEFORME)

EN CAS D'EFFET INDESIRABLE, DECLAREZ SUR LE PORTAIL DES SIGNALEMENTS DES EVENEMENTS SANITAIRES GRAVES
([HTTPS://SIGNALEMENT.SOCIAL-SANTE.GOUV.FR/PSIG_IHM_UTILISATEURS/INDEX.HTML#/ACCUEIL](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 DECEMBRE 2016 DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2017