



Fiche de vaccination –  
 Vaccination antigrippale du personnel

**AGENT**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Service : .....

Métier : .....

Merci de répondre à ces questions	OUI	NON
1- Présentez-vous des allergies aux protéines de l'œuf ?		
2- Avez-vous actuellement de la fièvre ?		
3- Avez-vous déjà eu une réaction grave lors d'une vaccination ou fait l'objet d'une contre-indication ?		
Etes-vous actuellement en traitement immunodépresseur, corticoïdes, chimiothérapie, ou autre type d'immunodépression ?*		

*\* Pour cette dernière question, la vaccination reste indiquée et ne présente pas de risque, mais la personne doit être informée que celle-ci peut être moins efficace.  
 Si la réponse est OUI à la question 1, 2 ou 3, ne pas procéder à la vaccination et orienter vers le médecin du travail.*

J'ai reçu et compris les informations concernant la vaccination.

*Signature de l'agent*

*Signature ou tampon du vaccinateur*

Date de la vaccination :

Bras : Gauche       Droit

Lot n° :

Décret 2018-805 du 25 septembre 2018 : Notice : le décret permet aux infirmiers de vacciner contre la grippe saisonnière les personnes n'ayant encore jamais été vaccinées contre cette maladie.

Les infirmiers sont autorisés à immuniser « les personnes majeures pour lesquelles la vaccination antigrippale est recommandée dans le calendrier des vaccinations en vigueur, à l'exception des personnes présentant des antécédents de réaction allergique sévère à l'ovalbumine ou à une vaccination antérieure ».

Extrait du calendrier vaccinal : « Recommandations pour les professionnels : Professionnels de santé et tout professionnel en contact régulier et prolongé avec des personnes à risque de grippe sévère ».