

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).