



Version 2.00

MEDECIN/TUTEUR - CURATEUR

Formulaire de recueil de l'information pour le consentement d'un tiers pour le résident à la vaccination anti-COVID-19

(A transmettre par l'EHPAD au Tuteur, curateur, sauvegarde de justice)

Identification du praticien : _____

Date de la consultation pré-vaccinale : _____

Date prévue de la vaccination : _____

J'ai consulté ce jour Madame/Monsieur ⁽¹⁾ _____, résident au sein de l'EHPAD CHAMPFLEURI, 26 avenue de l'Atlantique, 44116 VIEILLEVIGNE, né (e) le _____, afin de recueillir des informations pour informer le tiers sur la compatibilité de l'état de santé du résident vis-à-vis de la vaccination anti-COVID-19 avec le vaccin COMIRNATY.

Le cas échéant, elle/il était accompagné(e) de : _____

Au regard de l'état de santé de Madame/Monsieur ⁽¹⁾ _____, les conclusions de l'analyse médicale vis-à-vis de la balance bénéfices/risques sont les suivantes :

Lors de notre rencontre, nous avons échangé sur les points suivants (si nécessaire) :

Signature du médecin

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile