



## Formulaire de recueil de l'information et du consentement du résident à la vaccination anti-COVID-19

Identification du praticien : \_\_\_\_\_

Date de la consultation pré-vaccinale : \_\_\_\_\_

Date prévue de la vaccination : \_\_\_\_\_

J'ai informé ce jour Madame/Monsieur <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_, résident au sein de l'EHPAD CHAMPFLEURI, 26 avenue de l'Atlantique, 44116 VIEILLEVIGNE, né (e) le \_\_\_\_\_, sur la vaccination anti-COVID-19 avec le vaccin COMIRNATY dont j'ai pu détailler les objectifs, les caractéristiques et les risques associés à la vaccination comme à la non-vaccination.

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

Je me suis assuré(e) de la bonne compréhension de ces éléments ; un temps de réflexion a également été proposé au résident.

Au regard de l'état de santé de Madame/Monsieur <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_, les conclusions de l'analyse médicale vis-à-vis de la balance bénéfiques/risques sont les suivantes :

Je lui ai également remis la fiche d'informations dédiée à ce vaccin.

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>(2)</sup> Suite à cette information spécifique, Madame/Monsieur <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ m'a fait part de son consentement à être vacciné(e) le \_\_\_\_\_

<sup>(2)</sup> Suite à cette information spécifique, Madame/Monsieur <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_ m'a fait part de son refus d'être vacciné(e). Dans ce cadre, Madame/Monsieur <sup>(1)</sup> a bien été informé(e) des risques encourus, notamment en cas de contamination à la COVID-19.

Signature du médecin

Signature du résident

<sup>(1)</sup> Rayer la mention inutile    <sup>(2)</sup> Cocher l'option choisie