



Formulaire de recueil du consentement du professionnel à la vaccination anti-COVID-19 au sein de l'association CHAMPFLEURI

Identification du praticien : _____

Date de la consultation pré-vaccinale : _____

Date prévue de la vaccination : _____

J'ai informé ce jour Madame/Monsieur ⁽¹⁾ _____

Profession : _____ au sein de l'EHPAD CHAMPFLEURI, 26 Avenue de l'Atlantique 44116
VIEILLEVIGNE

né(e) le _____

Numéro Sécurité Sociale : _____

sur la vaccination anti-COVID-19 dont j'ai pu détailler les objectifs, les caractéristiques et les risques associés à la vaccination comme à la non-vaccination.

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

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

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

J'atteste avoir reçu une information claire et compréhensible sur l'intérêt et les risques de la vaccination, et avoir rempli le questionnaire pré-vaccinal à la recherche des contre-indications.

Signature du salarié :

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile ⁽²⁾ Cocher l'option choisie