

FICHE DE TRACABILITÉ INDIVIDUELLE VACCINATION COVID19 (solution de repli - format papier – en cas d’indisponibilité du SI Vaccin Covid)

EHPAD USLD : AUTRE (à préciser) :

NOM DE LA STRUCTURE :

Adresse :

N°FINESS :

IDENTITÉ (personne vaccinée)

Résident Professionnel Sexe : Femme Homme

Prénom : Nom :

Date de naissance :/...../.....(JJ/MM/AAAA)- Lieu de naissance

NIR :(N° d'inscription au répertoire / N° de sécurité sociale)

Procéder à la vaccination si et seulement si les deux étapes ci-dessous sont franchies :

Consultation pré-vaccinale / Prescription médicale : Consentement :

VACCIN (dénomination du vaccin) :

Date 1 ^{ère} dose : Heure :	Date 2 ^{ème} dose (≥ 21 jours) : Heure :
Site de vaccination Intramusculaire (deltoïde de préférence) : Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>	Site de vaccination Intramusculaire (deltoïde de préférence) : Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/>
Numéro de lot :	Numéro de lot :

IDENTIFICATION DU VACCINATEUR

1 ^{ère} dose	2 ^{ème} dose
Prénom : Nom : Profession : médecin <input type="checkbox"/> – IDE <input type="checkbox"/>	Prénom : Nom : Profession : médecin <input type="checkbox"/> – IDE <input type="checkbox"/>
Signature	Signature :

IDENTIFICATION DU MÉDECIN RÉFÉRENT DE LA VACCINATION (si différent du vaccinateur)

1 ^{ère} dose	2 ^{ème} dose
Prénom : Nom : N° RPPS :	Prénom : Nom : N° RPPS :
Signature	Signature :

Commentaires éventuels sur le déroulement de l'acte vaccinal et les effets indésirables éventuels

Sécurité du vaccin - Rappel

Tout effet indésirable, pouvant être lié au vaccin, doit être déclaré :

En cas de survenue de symptômes inattendus ou graves, de maladies, ou en cas de survenue d'un cas de COVID-19 chez un patient ayant complété le schéma vaccinal, il est très important de le déclarer le plus tôt possible, selon la modalité qui vous est la plus adaptée :

- Par téléphone (cf coordonnées CRPV Marseille ou Nice selon votre département)
- Via le portail de signalement des événements sanitaires indésirables du ministère de la santé signalement.social-sante.gouv.fr
- Via le portail « vaccin Covid » accessible par AMELI-PRO
- Par mail ou courrier : [Télécharger le formulaire de déclaration](#)

Cette déclaration doit mentionner obligatoirement, outre les initiales du patient, son âge (ou date de naissance), et son sexe:

- le N° de Lot
- les rangs de vaccination (1^{ère} dose, ou 2nd dose vaccinale) ainsi que leur dates
- la date de survenue des symptômes et/ou maladies et/ou cas covid-19
- et leur description la plus précise possible avec le résultat d'éventuels examens complémentaires

Marseille >> Départements concernés >> Alpes-de-Haute-Provence (04) - Corse-du-Sud (2A) - Haute-Corse (2B) - Bouches-du-Rhône (13) - Vaucluse (84)

- Centre Régional de Pharmacovigilance
Marseille - Provence - Corse
Hôpital Sainte-Marguerite AP-HM
270 boulevard de Saint-Marguerite
13274 MARSEILLE CEDEX 9
- M^{me} le Pr Joëlle Micallef-Roll
Téléphone : 04.91.74.75.60
Télécopie : 04.91.74.07.80
e-mail : pharmacovigilance@ap-hm.fr

Site internet : <http://crpv.ap-hm.fr>

Nice >> Départements concernés >> Alpes-Maritimes (06) - Hautes-Alpes (05) - Var (83)

- Centre Régional de Pharmacovigilance
Pavillon Victoria - Hôpital de Cimiez
4, avenue Reine Victoria
CS 91179
06003 NICE CEDEX 1
- M. le Pr Milou-Daniel Drici
Téléphone : 04.92.03.47.08
Télécopie : 04.92.03.47.09
e-mail : pharmacovigilance@chu-nice.fr

Site internet : <http://centre-pharmacovigilance-nice.fr>