

Annexe

ATTESTATION DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE

ATTESTATION DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE ANNEE .... \*

NOM : .....(A COMPLETER MANUELLEMENT) .....

PRENOM : .....

DATE DE NAISSANCE : ../../....

**A ETE VACCINE CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE (COMPLETE PAR LA PLATEFORME)**

**LE : ../../....**

**PAR : ... (NOM ET PRENOM DU PHARMACIEN)**

**EXERÇANT DANS LA PHARMACIE : ...**

**NOM DU VACCIN INJECTE : .....(COMPLETE PAR LA PLATEFORME)**

**NUMERO DE LOT : .....**

**DATE DE PEREMPTION : .....**

**EFFETS INDESIRABLES : ..... (COMPLETE PAR LA PLATEFORME)**

**EN CAS D'EFFET INDESIRABLE, DECLAREZ SUR LE PORTAIL DES SIGNALEMENTS DES EVENEMENTS SANITAIRES GRAVES  
([HTTPS://SIGNALEMENT.SOCIAL-SANTE.GOUV.FR/PSIG\\_IHM\\_UTILISATEURS/INDEX.HTML#/ACCUEIL](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/accueil))**

**\* DANS LE CADRE DE L'ARTICLE 66 DE LA LOI N° 2016-1827 DU 23 DECEMBRE 2016 DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE  
POUR 2017**