

CHARENTE

LE DÉPARTEMENT

Certains vaccins peuvent avoir des contre-indications (notamment fièvre jaune).

Merci de renseigner avec soin le questionnaire ci-dessous :

Nom :

Prénom :

Âge :

Je suis ALLERGIQUE :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| ▶ Aux œufs | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ Aux protéines de poulet | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ Au latex | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ À certains antibiotiques | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Si oui, lesquels : | | |
| ▶ J'ai déjà eu une réaction allergique sévère suite à une injection de vaccin | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ J'ai une intolérance héréditaire au fructose | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

J'ai des ANTÉCÉDENTS ou une MALADIE :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ▶ J'ai une maladie auto-immune (myosites, polyarthrite rhumatoïde, myasthénie, sclérose en plaques, diabète de type 1 ou encore maladie de Basedow...) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ J'ai un déficit immunitaire héréditaire | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ J'ai une infection à VIH
(Si oui merci d'apporter les résultats des CD4, charge virale ainsi que l'avis du médecin spécialiste) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ J'ai eu un problème au thymus
(ou radiothérapie au niveau du cou) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ Je suis asplénique | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ J'ai ou j'ai eu un cancer ou une hémopathie maligne | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ J'ai une greffe d'organe | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ Je suis hémophile | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ J'ai un faible taux de plaquettes | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ J'ai eu une hépatite virale (A, B, C, E...) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ J'ai eu une phlébite ou embolie pulmonaire | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ Je suis asthmatique | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| ▶ J'ai des antécédents psychiatriques (anxiété, dépression...) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Je prends un TRAITEMENT :

- ▶ **Corticoïdes** à fortes dose Oui Non
- ▶ **Immunosuppresseur** ou **Biothérapie** Oui Non
- Si oui, préciser :.....
Méthotrexate, Azathioprine, Anti-TNF, Anti-IL6 ou 1, Anticorps monoclonaux, Rituximab....
- ▶ **Chimiothérapie** Oui Non

AUTRES :

- ▶ Je présente des **signes d'infection avec fièvre** Oui Non
- ▶ J'ai **plus de 60 ans** Oui Non
- ▶ **Mon enfant a moins de 9 mois** Oui Non
- ▶ **J'allaiter mon enfant** Oui Non
- ▶ Je suis **enceinte ou susceptible de l'être** Oui Non

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016, le service Vaccination du Département de la Charente assure un traitement automatisé des données recueillies sur ce formulaire, ayant pour finalité de rechercher d'éventuelles contre indications aux vaccins à virus vivants atténués tels que celui de la fièvre jaune ...

Pour toute information complémentaire relative aux modalités de traitement de vos données et à l'exercice de vos droits en la matière, sollicitez la mention d'information détaillée auprès du secrétariat du service, ou saisissez votre demande en ligne :

www.lacharente.fr > Rubrique « Vos démarches » > Thématique « Protection des données personnelles ».

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la CNIL (www.cnil.fr)