

# Données télétransmises à l'Assurance Maladie

## Vaccination contre la Covid-19

Exemplaire à conserver  
par le patient  
(à apporter lors de  
chaque vaccination)

### Patient(e)

Numéro d'immatriculation : | \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ \_ | \_ \_ \_ | / | \_ \_ |

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Code du patient \* : \_ \_ \_ - \_ \_ \_ - \_ \_ \_

*\*Vous devez présenter ce code lors de chaque vaccination*

Le patient éligible, ou son représentant légal, a accepté d'entrer dans le processus de vaccination après avoir reçu toutes les informations nécessaires à son choix éclairé.

### Informations de l'ordonnance

Prescripteur :

Nom : .....

Prénom : .....

N° RPPS /ADELI : \_ \_ \_ \_ \_

N° AM/FINESS : \_ \_ \_ \_ \_

Date de l'ordonnance : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Vaccin(s) non préconisé(s) :

### Éligibilité à la vaccination

Déclare l'éligibilité :

Nom : .....

Prénom : .....

N° RPPS/ADELI : \_ \_ \_ \_ \_

N° AM/FINESS : \_ \_ \_ \_ \_

Date d'éligibilité : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

### Informations de la vaccination

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné : .....

avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination pour la COVID-19,

l'avoir vacciné pour : | 1<sup>ère</sup> | | 2<sup>ème</sup> | | 3<sup>ème</sup> | vaccination avec le vaccin : .....

issu du lot : \_ \_ \_ \_ \_

Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire dans le : Bras Gauche |\_| ou Bras Droit |\_|

Je l'ai informé que sa prochaine injection devrait avoir lieu à partir du : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Identification du vaccinateur (nom et prénom)

.....

Identifiant : : \_ \_ \_ \_ \_

Date : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_

Signature :

Vous pouvez déclarer vos éventuels effets indésirables sur le portail <https://signalement.social-sante.gouv.fr>

L'organisation, la traçabilité et le suivi de la vaccination contre la Covid-19 nécessitent la mise en œuvre d'un traitement de données dénommé « SI Vaccin Covid » par l'Assurance Maladie et la Direction Générale de la Santé. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation aux données qui vous concernent, ainsi que d'un droit d'opposition sur une partie du traitement. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'Assurance Maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur le traitement de vos données, rendez-vous sur <https://www.ameli.fr/mention-information-si-vaccin-covid>

Pour plus d'informations sur la vaccination : [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)