

**Questionnaire de dépistage pour les vaccins [ (enfant en bas âge/écolier) ]**

		Température corporelle avant l'entretien		Degrés	
Adresse					
Nom de l'enfant		M	Date de naissance	Né le / / (j/m/a)	
Nom du père ou de la mère/tuteur		F		Âge ( années mois)	

Questionnaire pour la vaccination	Réponse		Commentaire du médecin
Avez-vous lu le document (que le bureau municipal vous a précédemment envoyé) vous expliquant la vaccination qui sera faite aujourd'hui?	Oui	Non	
Veuillez répondre aux questions suivantes concernant l'enfant.			
Poids à la naissance L'enfant avait-il des résultats anormaux à la naissance? ( ) g	Oui	Non	
L'enfant avait-il des résultats anormaux après la naissance?	Oui	Non	
Une anomalie quelconque a-t-elle été identifiée lors d'un contrôle chez le pédiatre?	Oui	Non	
L'enfant est-il souffrant aujourd'hui? Si oui, décrivez la nature de son mal. ( )	Oui	Non	
L'enfant a-t-il été malade le mois passé? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
Un membre de la famille ou un ami de l'enfant a-t-il eu la rougeole, la rubéole, la varicelle ou les oreillons le mois passé? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
L'enfant a-t-il été en contact avec des sujets atteints de tuberculose (membres de la famille compris)?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il été vacciné le mois passé? Nom du vaccin ( )	Oui	Non	
L'enfant a-t-il une anomalie congénitale, une maladie du cœur, des reins, du foie, des nerfs craniens, un déficit immunitaire, ou toute autre maladie pour laquelle vous avez consulté un médecin? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
Si approprié, le médecin gérant la maladie indiquée ci-dessus consent-il à la vaccination d'aujourd'hui?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il eu des convulsions par le passé? Si oui, à quel âge? ( )	Oui	Non	
Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, l'enfant avait-il de la fièvre?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il déjà eu un exanthème ou un urticaire en réaction à des médicaments ou aliments, ou a-t-il déjà été malade après avoir mangé certains aliments ou pris certains médicaments?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il un membre de sa famille ou un parent présentant un déficit immunitaire congénital?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé? Nom du vaccin ( )	Oui	Non	
Un membre de la famille ou un parent de l'enfant a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé?	Oui	Non	
L'enfant a-t-il reçu une transfusion de sang ou de dérivés de sang ou a-t-il pris un médicament appelé gammaglobuline pendant les 6 derniers mois?	Oui	Non	
Avez-vous des questions concernant la vaccination d'aujourd'hui?	Oui	Non	
Commentaire du médecin Sur la base des réponses ci-dessus et des résultats de l'entretien, j'ai décidé que l'enfant ( pouvait / ne pouvait pas ) être vacciné aujourd'hui. J'ai expliqué au père, mère/tuteur les informations concernant les avantages et les effets secondaires de la vaccination ainsi que la prise en charge des sujets présentant des événements indésirables liés à la vaccination. Signature ou Nom et Cachet du médecin :			

Ce questionnaire de dépistage est utilisé pour améliorer la sécurité de la vaccination. L'enfant a été interrogé par le médecin et ce même médecin m'a expliqué les avantages, objectifs et risques (y compris les effets secondaires graves) de la vaccination ainsi que le type de prise en charge fournie en cas d'événements indésirables. J'estime avoir compris ces informations.  
Je ( consens / ne consens pas ) \* à la vaccination de l'enfant. \* Veuillez encrer votre choix.  
J'ai compris ce qui précède et consens à ce que ce questionnaire soit présenté au bureau municipal.  
Signature du père ou de la mère / tuteur :

Nom du vaccin	Dosage	Institution / Nom du médecin / Administré le
Nom du vaccin	* (Injection sous-cutanée)	Institution : Nom du médecin : Administré le : / / (j/m/a)
Numéro du lot	** (Administration orale)	
[Attention] S'assurer que la date d'expiration du vaccin est valide.	mL	

**[Remarque]** La gammaglobuline est un dérivé du sang qui est injecté pour prévenir des infections, telles que l'hépatite A, et pour traiter des infections graves. Parfois, certains vaccins (comme le vaccin antirougeoleux par exemple) sont moins efficaces chez les sujets ayant reçu ce produit au cours des 3 à 6 mois précédents.

\* Dans le cas du BCG, précisez, par exemple, « Vaccination percutanée pratiquée au moyen d'un dispositif pour BCG à aiguilles multiples à un volume spécifié ».

\*\* Dans le cas de la vaccination contre la poliomyélite, précisez, par exemple, « Administration orale à une dose spécifiée de 0,05 mL ».

**Questionnaire de dépistage pour les vaccins antirougeoleux et antirubéoleux  
(Phases 3 & 4 : pour un patient accompagné par le père ou la mère/tuteur, et des patients mariés)**

		Température corporelle avant l'entretien		Degrés	
Adresse					
Nom du patient		M	Date de naissance	Né le / /	(j/m/a)
Nom du père ou de la mère/tuteur		F		Âge ( / années	mois)

Questionnaire pour la vaccination	Réponse		Commentaire du médecin
Avez-vous lu le document (que le bureau municipal vous a précédemment envoyé) vous expliquant la vaccination qui sera faite aujourd'hui?	Oui	Non	
Veuillez répondre aux questions suivantes concernant le patient à vacciner.			
Le poids du patient était-il bas à la naissance, ou le patient présentait-il une quelconque anomalie identifiée à la naissance, après la naissance ou lors d'un contrôle chez le pédiatre?	Oui	Non	
Le patient est-il souffrant aujourd'hui? Si oui, décrivez la nature du mal. ( )	Oui	Non	
Le patient a-t-il été malade le mois passé? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
Un membre de la famille ou un ami du patient a-t-il eu la rougeole, la rubéole, la varicelle ou les oreillons le mois passé? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
Le patient a-t-il été vacciné le mois passé? Nom du vaccin ( )	Oui	Non	
Le patient a-t-il une anomalie congénitale, une maladie du cœur, des reins, du foie, des nerfs crâniens, un déficit immunitaire, ou toute autre maladie pour laquelle vous avez consulté un médecin? Nom de la maladie ( )	Oui	Non	
Si approprié, le médecin gérant la maladie indiquée ci-dessus consent-il à la vaccination d'aujourd'hui?	Oui	Non	
Le patient a-t-il eu des convulsions par le passé? Si oui, à quel âge? ( )	Oui	Non	
Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, le patient avait-il de la fièvre?	Oui	Non	
Le patient a-t-il déjà eu un exanthème ou un urticaire en réaction à des médicaments ou aliments, ou a-t-il déjà été malade après avoir mangé certains aliments ou pris certains médicaments?	Oui	Non	
Le patient a-t-il un membre de la famille ou un parent présentant un déficit immunitaire congénital?	Oui	Non	
Le patient a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé? Nom du vaccin ( )	Oui	Non	
Un membre de la famille ou un parent du patient a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé?	Oui	Non	
Le patient a-t-il reçu une transfusion de sang ou de dérivés de sang ou a-t-il pris un médicament appelé gammaglobuline pendant les 6 derniers mois?	Oui	Non	
Dans le cas d'une femme à vacciner : Y-a-t-il des possibilités qu'elle soit enceinte (par exemple, menstruation en retard ou règles absentes)? [Mise en garde] Une femme qui se fait vacciner ne doit pas tomber enceinte pendant les 2 mois au moins qui suivent la vaccination.	Oui	Non	
Avez-vous des questions concernant la vaccination d'aujourd'hui?	Oui	Non	
Commentaire du médecin Sur la base des réponses ci-dessus et des résultats de l'entretien, j'ai décidé que le patient ( pouvait / ne pouvait pas ) être vacciné aujourd'hui. J'ai expliqué au père, mère/tuteur (ou au patient lui-même, si marié) les informations concernant les avantages et les effets secondaires de la vaccination ainsi que la prise en charge des sujets présentant des événements indésirables liés à la vaccination. Signature ou Nom et Cachet du médecin :			

Ce questionnaire de dépistage est utilisé pour améliorer la sécurité de la vaccination. Le patient a été interrogé par le médecin et ce même médecin m'a expliqué les avantages, objectifs et risques (y compris les effets secondaires graves) de la vaccination ainsi que le type de prise en charge fournie en cas d'événements indésirables. J'estime avoir compris ces informations.  
Je ( consens / ne consens pas )\* à la vaccination du patient. \* Veuillez encrer votre choix.  
J'ai compris ce qui précède et consens à ce que ce questionnaire soit présenté au bureau municipal.  
Signature du père ou de la mère/tuteur (ou du patient lui-même, si marié) :

Nom du vaccin	Dosage	Institution / Nom du médecin / Administré le
Nom du vaccin		Institution :
Numéro du lot		Nom du médecin :
[Attention] S'assurer que la date d'expiration du vaccin est valide.	mL	Administré le : / / (j/m/a)

[Remarque] La gammaglobuline est un dérivé du sang qui est injecté pour prévenir des infections, telles que l'hépatite A, et pour traiter des infections graves. Parfois, certains vaccins (comme le vaccin antirougeoleux par exemple) sont moins efficaces chez les sujets ayant reçu ce produit au cours des 3 à 6 mois précédents.

\* Dans le cas d'un patient marié, ignorez cette question.

## Questionnaire de dépistage pour les vaccins antirougeoleux et antirubéoleux (Phases 3 & 4 : pour un patient non accompagné par le père ou la mère/tuteur)

### Explication avant la vaccination contre la rougeole et la rubéole

○À l'attention du père ou de la mère/tuteur : veuillez à lire le présent document.

\* [Pour le père ou la mère/tuteur d'un enfant à vacciner, ayant un âge correspondant à la première année du collège ou à la troisième année du lycée.]

Auparavant, le père ou la mère/tuteur était tenu d'accompagner l'enfant devant se faire vacciner. Toutefois, pour les 5 années allant de 2008 à 2012, et uniquement dans le cas de la vaccination contre la rougeole et la rubéole, les enfants ayant un âge correspondant à la première année du collège ou à la troisième année du lycée peuvent se faire vacciner même s'ils ne sont pas accompagnés par leur père ou mère/tuteur, à condition que ces derniers aient lu, compris et signé le présent document permettant la vaccination de l'enfant.

(Veuillez à ce que votre enfant apporte le présent document le jour de la vaccination)

Avant de signer ce questionnaire de dépistage, en cas de questions sur la vaccination, veuillez consulter votre médecin, votre dispensaire ou le bureau municipal chargé de la vaccination afin d'en comprendre pleinement les avantages et les risques avant de prendre une décision à son sujet.

#### 1 Symptômes de la rougeole et de la rubéole

##### ○ Rougeole

La transmission de la rougeole se fait par voie aérienne, par des gouttelettes de salive ou par contact direct du virus de la rougeole. Un sujet atteint du virus ne présente aucun symptôme pendant 10 à 12 jours (période d'incubation). Au bout de cette période, des symptômes commencent à se manifester : fièvre, toux, nez et yeux qui coulent, exanthème rouge. Pendant les 3-4 premiers jours qui suivent la période d'incubation, les patients ont 38°C de fièvre, toussent et ont le nez et les yeux qui coulent ; la fièvre semble d'abord diminuer mais remonte jusqu'à 39°C - 40°C, et un exanthème rouge apparaît sur le cou et le visage avant de se propager sur tout le corps. La fièvre descend au bout de 3-4 jours et l'exanthème disparaît progressivement. Les parties atteintes par l'exanthème peuvent rester plus sombres pendant un certain temps.

30% environ des patients ont des complications dont les plus courantes sont la bronchite, la pneumonie, l'otite moyenne et l'encéphalite. Sur 100 patients ayant la rougeole, entre 7 et 9 contractent l'otite moyenne et 6 environ contractent la pneumonie. **Un patient sur 1 000 ayant la rougeole contracte l'encéphalite.**

**Jusqu'à 20 ans après avoir eu la rougeole, 1 patient sur 100 000 est atteint de panencéphalite sclérosante subaiguë (SSPE), une forme grave d'encéphalite.**

Un patient sur 1 000 atteint de rougeole en meurt.

##### ○ Rubéole

La rubéole est due au virus de la rubéole, qui se propage par infection par gouttelettes. Un sujet atteint du virus ne présente aucun symptôme pendant 14 à 21 jours (période d'incubation). Au bout de cette période, des symptômes se manifestent : en général, exanthème moins rouge que celui de la rougeole, fièvre, ganglions lymphatiques enflés notamment dans le fond de la gorge. Des symptômes tels que toux, nez qui coule et yeux rouges (congestion conjonctivale) se manifestent parfois. Quand un enfant contracte la rubéole, l'exanthème et la fièvre disparaissent au bout de 3 jours, au Japon, la rubéole est aussi nommée « rougeole des trois jours » du fait de ses symptômes. Les complications de la rubéole sont : articulations douloureuses, purpura thrombocytopénique (1 sur 3 000) et encéphalite (1 sur 6 000). Les symptômes sont souvent plus forts chez les adultes que chez les enfants.

**Quand des femmes contractent la rubéole au début de leur grossesse, les nouveaux-nés peuvent être atteints du syndrome de la rubéole congénitale, qui peut inclure des maladies cardiaques, cataractes, surdité et autres anomalies.**

#### 2 Avantages et effets secondaires de la vaccination

Plus de 95 % des enfants vaccinés sont immunisés. Un enfant immunisé est protégé contre la rougeole et la rubéole.

La vaccination cause parfois des effets secondaires bénins et cause dans de très rares cas uniquement des effets secondaires graves. Les réactions parfois observées après la vaccination sont telles qu'indiquées ci-après.

##### 1) Principaux effets secondaires dus au vaccin associé antirougeoleux et antirubéoleux

(Ce vaccin est couramment utilisé pour la vaccination simultanée contre la rougeole et la rubéole.)

Les principaux effets secondaires sont la fièvre (20 % des patients) et un exanthème (10 %). En général, ces symptômes disparaissent au bout de 5 à 14 jours après la vaccination. Dans les premières 24 heures qui suivent la vaccination, de la fièvre, un exanthème et une dermatose prurigineuse, considérés comme étant des réactions allergiques, se manifestent parfois, mais ces symptômes disparaissent au bout de 1 à 3 jours. Chez certains patients, on observe une rougeur, un gonflement et une induration du site d'injection, ainsi qu'un gonflement des ganglions lymphatiques ; cependant, ces symptômes disparaissent généralement au bout de quelques jours.

Les effets secondaires graves rarement rapportés sont : réaction anaphylactique (urticaire, respiration difficile, voire choc), purpura thrombocytopénique aiguë (hémorragie cutanée, saignement du nez, de la muqueuse orale et ailleurs), encéphalite et convulsions.

## 2) Principaux effets secondaires dus au vaccin antirougeoleux

(Ce vaccin est utilisé seul pour la vaccination contre la rougeole.)

Les principaux effets secondaires observés 5 à 14 jours après la vaccination sont : une fièvre (de 37,5°C à 38,5°C, chez 5% des patients), une plus forte fièvre (supérieure à 38,5°C, chez 8% des patients) et un exanthème rappelant celui de la rougeole (chez 6% des patients). Cependant, la fièvre ne dure généralement qu'1 ou 2 jours. L'exanthème est rarement plus fort, et peut être rouge, saillant, ou rappeler celui de la rougeole naturelle. D'autres effets secondaires sont : rougeur et gonflement du site d'injection et convulsions fébriles (1 patient sur 300), urticaire, ainsi que d'autres effets secondaires moins courants dont la plupart sont passagers.

Les effets secondaires graves rares comprennent : réactions anaphylactiques, encéphalite/encéphalopathie (1 patient sur un million ou moins fréquent) et purpura thrombocytopénique aiguë (1 patient sur un million).

La panencéphalite sclérosante subaiguë (SSPE) due à la vaccination est extrêmement rare, se manifestant 1 fois sur 10, soit autant que chez les patients atteints du virus naturel de la rougeole.

## 3) Principaux effets secondaires du vaccin antirubéoleux

(Ce vaccin est utilisé seul pour la vaccination contre la rubéole.)

Les principaux effets secondaires sont : exanthème, urticaire, érythème, pruritustus, fièvre, ganglions lymphatiques enflés et articulations douloureuses.

Les effets secondaires graves rares comprennent : choc, réactions anaphylactiques et purpura thrombocytopénique aiguë (1 patient sur un million).

### 3 Systèmes pour prendre en charge les sujets présentant des événements indésirables liés à la vaccination

○ Selon la Loi sur la Vaccination Préventive, un sujet atteint d'effets secondaires dus à une vaccination de routine et qui nécessite un traitement médical ou dont la capacité à effectuer les activités quotidiennes normales est amoindrie pour cause de lésion peut être dédommagé par le gouvernement.

○ Le dédommagement comprend le paiement de : frais médicaux, indemnités médicales, annuité pour enfants handicapés, rente annuelle d'invalidité, capital décès forfaitaire et frais d'obsèques ; la loi classant ces différents dédommagements selon la gravité de la lésion. Le dédommagement respectif est payé selon les dispositions de la loi. Le dédommagement, à l'exception du capital décès et des frais d'obsèques, est payé de façon continue jusqu'à la fin du traitement ou jusqu'à amélioration de la santé.

○ Avant paiement du dédommagement au patient, la commission d'examen gouvernementale doit tout d'abord certifier que la lésion est due à la vaccination. Cette commission comprend des spécialistes en matière de vaccination, médecine infectieuse, droit et autres disciplines pertinentes, qui débattent de la relation de cause entre la lésion rapportée et la vaccination; autrement dit, ils établissent si la lésion rapportée est due à la vaccination ou à d'autres facteurs (infection avant ou après la vaccination, ou autres causes).

○ De 2008 à 2012, la vaccination contre la rougeole et la rubéole (y compris les vaccins seuls antirougeoleux et antirubéoleux) doit être administrée aux enfants ayant un âge correspondant à la première année du collège et à la troisième année du lycée, à partir du mois d'avril de cette année jusqu'au mois de mars de l'année suivante. Si un enfant souhaite se faire vacciner après la période indiquée, la vaccination n'est plus couverte par la Loi sur la Vaccination Préventive (vaccination volontaire). Dans ce cas, si un enfant a des problèmes dus à la vaccination, il a droit à un dédommagement selon la Loi de l'agence japonaise des produits pharmaceutiques et des dispositifs médicaux (PDMA - Pharmaceuticals and Medical Devices Agency Law). Toutefois, ce dédommagement est généralement inférieur de moitié à celui prévu par la Loi sur la Vaccination Préventive (à l'exception des frais médicaux, indemnités médicales et frais d'obsèques qui sont identiques).

\* Si vous estimez devoir faire une demande de dédommagement, consultez le médecin qui a vu votre enfant avant la vaccination, le dispensaire ou le bureau municipal chargé de la vaccination.

### 4 Mises en garde pour la vaccination

**En principe, un enfant doit être en bonne santé pour pouvoir se faire vacciner. Si votre enfant est souffrant, veuillez consulter votre médecin pour décider s'il peut ou non se faire vacciner.**

**Si votre enfant présente l'une quelconque des conditions suivantes, il ne peut pas se faire vacciner.**

- 1) Fièvre manifeste (37,5°C ou plus)
- 2) Maladie aiguë
- 3) Un antécédent d'anaphylaxie due à un composant contenu dans la préparation du vaccin
- 4) Toute maladie liée à un système immunitaire manifestement anormal, ou tout traitement source d'immunosuppression
- 5) Grossesse
- 6) Autres conditions jugées inadéquates par le médecin

[Mises en garde pour les femmes]

Si vous êtes enceinte ou pensez l'être, vous ne pouvez pas vous faire vacciner. Il est recommandé de vous faire vacciner après l'accouchement ou après avoir eu confirmation de ne pas être enceinte.

Une fois vaccinée, consultez le médecin qui vous a administré le vaccin, le dispensaire ou le bureau municipal chargé de la vaccination.

Vous devez éviter de tomber enceinte dans les 2 mois au moins qui suivent la vaccination.

○À l'attention du père ou de la mère/tuteur : veuillez à lire ce qui suit.

Après avoir lu attentivement et pleinement compris ce qui précède, prenez une décision quant à la vaccination ou non de votre enfant. Si vous décidez de le faire vacciner, veuillez signer ce qui suit, dans la colonne père ou mère/tuteur. **Sans votre signature, votre enfant n'est pas autorisé à se faire vacciner.**

Si vous ne voulez pas faire vacciner votre enfant, vous ne devez pas signer.

J'ai lu la documentation explicative concernant la vaccination contre la rougeole et la rubéole et je comprends les avantages et les risques (effets secondaires graves) des vaccins; je suis également à connaissance du système d'aide qui prend en charge les sujets présentant des lésions dues à la vaccination. En tenant compte de ces facteurs, j'autorise mon enfant à se faire vacciner.

**Je comprends que le présent document a été rédigé pour aider les parents et tuteurs à comprendre pleinement la vaccination et je consens à ce que ce formulaire soit présenté au bureau municipal.**

Signature du père ou de la mère / tuteur : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de contact en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

\* Ce formulaire doit être présenté quand un enfant doit se faire vacciner à un âge correspondant à la première année du collège ou à la troisième année du lycée, durant les 5 années allant de 2008 à 2012, et quand l'enfant n'est pas accompagné par son père, mère ou tuteur. Assurez-vous que votre enfant présente bien ce formulaire quand il arrive non accompagné pour se faire vacciner.

**Sans votre signature, votre enfant n'est pas autorisé à se faire vacciner.**

## Questionnaire de dépistage

		Température corporelle avant l'entretien		Degrés	
Adresse					
Nom de l'enfant		M F	Date de naissance	Né le / / Âge ( années)	(j/m/a) mois)
Questionnaire pour la vaccination			Réponse		Commentaire du médecin
Veuillez répondre aux questions suivantes concernant l'enfant à vacciner. Le poids de l'enfant était-il bas à la naissance, ou l'enfant présentait-il une quelconque anomalie identifiée à la naissance, après la naissance ou lors d'un contrôle chez le pédiatre?			Oui	Non	
L'enfant est-il souffrant aujourd'hui? Si oui, décrivez la nature de son mal. ( )			Oui	Non	
L'enfant a-t-il été malade le mois passé? Nom de la maladie ( )			Oui	Non	
Un membre de la famille ou un ami de l'enfant a-t-il eu la rougeole, la rubéole, la varicelle ou les oreillons le mois passé? Nom de la maladie ( )			Oui	Non	
L'enfant a-t-il été vacciné le mois passé? Nom du vaccin ( )			Oui	Non	
L'enfant a-t-il une anomalie congénitale, une maladie du cœur, des reins, du foie, des nerfs crâniens un déficit immunitaire, ou toute autre maladie pour laquelle vous avez consulté un médecin? Nom de la maladie ( )			Oui	Non	
Si approprié, le médecin gérant la maladie indiquée ci-dessus consent-il à la vaccination d'aujourd'hui ?			Oui	Non	
L'enfant a-t-il eu des convulsions par le passé? Si oui, à quel âge? ( )			Oui	Non	
Si vous avez répondu « Oui » à la question précédente, l'enfant avait-il de la fièvre?			Oui	Non	
L'enfant a-t-il déjà eu un exanthème ou un urticaire en réaction à des médicaments ou aliments, ou a-t-il déjà été malade après avoir mangé certains aliments ou pris certains médicaments?			Oui	Non	
L'enfant a-t-il un membre de la famille ou un parent présentant un déficit immunitaire congénital?			Oui	Non	
L'enfant a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé? Nom du vaccin ( )			Oui	Non	
Un membre de la famille ou un parent de l'enfant a-t-il eu une forte réaction à un vaccin par le passé ?			Oui	Non	
L'enfant a-t-il reçu une transfusion de sang ou de dérivés de sang ou a-t-il pris un médicament appelé gammaglobuline pendant les 6 derniers mois?			Oui	Non	
Dans le cas d'une femme à vacciner : Y-a-t-il des possibilités qu'elle soit enceinte (par exemple, menstruation en retard ou règles absentes)? [Mise en garde] Une femme ne doit pas tomber enceinte pendant les 2 mois au moins qui suivent la vaccination.			Oui	Non	
Ce questionnaire de dépistage est utilisé pour améliorer la sécurité de la vaccination. Consentez-vous à la vaccination de votre enfant, en tenant compte de ses maladies passées et de leur état au jour d'aujourd'hui? Je ( consens / ne consens pas ) * à la vaccination de l'enfant. * Veuillez encrer votre choix. J'ai compris ce qui précède et consens à ce que ce questionnaire soit présenté au bureau municipal. Signature du père ou de la mère/ tuteur :					

### Commentaire du médecin

Sur la base des réponses ci-dessus et des résultats de l'entretien, j'ai décidé que le patient ( pouvait / ne pouvait pas ) être vacciné aujourd'hui.  
J'ai expliqué au patient lui-même les informations concernant les avantages et les effets secondaires de la vaccination ainsi que la prise en charge des sujets présentant des événements indésirables liés à la vaccination.

Signature ou Nom et Cachet du médecin :

Nom du vaccin	Dosage	Institution / Nom du médecin / Administré le
Nom du vaccin Numéro du lot Attention : S'assurer que la date d'expiration du vaccin est valide.	mL	Institution : Nom du médecin : Administré le : / / (j/m/a)

Remarque : La gammaglobuline est un dérivé du sang qui est injecté pour prévenir des infections, telles que l'hépatite A, et pour traiter des infections graves. Parfois, certains vaccins (comme le vaccin antirougeoleux par exemple) sont moins efficaces chez les sujets ayant reçu ce produit au cours des 3 à 6 mois précédents.