

FICHE NAVETTE 2^{ere} inj

Nom Prénom DDN

NIR :

Poids :

Patient

Professionnel de santé

+ de 75 ans

Autre (personne vulnérable....)

Date heure RDV

Médecin consultant

Consultation médicale

1^{er} injection

Date :

Vaccin :

Anticoagulant/antiagrégant :

Surveillance 30min

Vérification de l'indication

Vérification de l'absence de CI

Information liées à la vaccination

Emargement med

Signature

Administration vaccinale

Heure d'administration :

Voie : IM

Site : delt G delt D

autre :

Nom vaccin :

Lot :

Emargement IDE

Signature

Saisie administrative

Saisi dans VACCIN COVID

Saisi dans Doctolib

Remise du certificat