

► Identification du patient

N° d'immatriculation ou d'AME : <input style="width: 90%;" type="text"/>	
Nom : <i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage s'il y a lieu)</i>	
Prénom :	
Date de naissance : <input style="width: 80%;" type="text"/>	
Adresse :	
Code postal : <input style="width: 20%;" type="text"/>	Commune : <input style="width: 80%;" type="text"/>
Patient soumis à l'obligation de vaccination contre la Covid-19 : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	

► Identification de l'employeur : (pour les personnes soumises à l'obligation vaccinale contre la COVID-19)

Nom, prénom ou dénomination sociale :	n° téléphone : <input style="width: 20%;" type="text"/>
e.mail :	
Adresse :	
Code postal : <input style="width: 20%;" type="text"/>	Commune : <input style="width: 80%;" type="text"/>

► Identification du médecin

Nom et prénom du médecin :	
Identifiant (n° RPPS) : <input style="width: 90%;" type="text"/>	
N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) : <input style="width: 90%;" type="text"/>	
N° de téléphone : <input style="width: 90%;" type="text"/>	

► Motif de contre-indication : (cochez obligatoirement une des cases correspondant à la situation médicale de votre patient et joindre les justificatifs nécessaires)

1. **Contre-indications inscrites dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) :**
 - Antécédent d'allergie documentée (avis allergologue) à un des composants du vaccin en particulier polyéthylène-glycols et par risque d'allergie croisée aux polysorbates ;
 - Réaction anaphylactique au moins de grade 2 (atteinte au moins de 2 organes) à une précédente injection d'un vaccin contre le covid posée après expertise allergologique ;
 - Personnes ayant déjà présenté des épisodes de syndrome de fuite capillaire (contre-indication commune au vaccin Vaxzevria et au vaccin Janssen) ;
 - Personnes ayant présenté un syndrome thrombotique et thrombocytopénique (STT) suite à la vaccination par Vaxzevria.
 2. **Recommandation médicale de ne pas initier une vaccination (première dose) :**
 - Syndrome inflammatoire multi systémique pédiatrique (PIMS) post-infection par SARS-CoV-2 ;
 - Myocardites ou myo-péricardites associées à une infection par SARS-CoV-2.
 3. **Recommandation établie après concertation médicale pluridisciplinaire de ne pas effectuer une dose supplémentaire de vaccin suite à la survenue d'un effet indésirable d'intensité sévère ou grave attribué à une précédente dose de vaccin signalé au système de pharmacovigilance (par exemple : la survenue de myocardite, de syndrome de Guillain-Barré...).**
 4. **Recommandation établie par un Centre de Référence Maladies Rares (CRMR) ou un Centre de Compétence Maladies Rares (CCMR) après concertation médicale pluridisciplinaire (avis collégial) de ne pas initier la vaccination contre la COVID-19.**
 5. **Cas de contre-indication médicale temporaire faisant obstacle à la vaccination contre la COVID-19 :**
 - Traitement par anticorps monoclonaux anti-SARS-CoV-2 ;
 - Myocardites ou péricardites d'étiologie non liée à une infection par SARS-CoV-2, survenues antérieurement à la vaccination et toujours évolutives.
- Date de fin de contre-indication :

<p style="text-align: center;">Cachet du médecin</p> <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>	<p style="text-align: center;">Date et signature du médecin <i>"J'atteste sur l'honneur l'exactitude des éléments médicaux sus-cités"</i></p> <p style="text-align: center;">Le <input style="width: 80%;" type="text"/></p>
---	---

La mise à disposition par l'Assurance Maladie de votre passe vaccinal attestant d'une contre-indication à la vaccination contre le COVID-19 nécessite le traitement de vos données. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de limitation aux données qui vous concernent. 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 des données, rendez-vous sur le site d'information www.ameli.fr. L'établissement et l'usage d'un faux certificat de statut vaccinal ou d'un faux certificat médical de contre indication à la vaccination contre le COVID-19 sont punis conformément au chapitre 1er du titre IV du livre IV du code pénal. Lorsqu'une procédure est engagée à l'encontre d'un professionnel de santé concernant l'établissement d'un faux certificat médical de contre-indication à la vaccination COVID-19, le procureur de la République en informe, le cas échéant, le conseil national de l'ordre duquel le professionnel relève.

► Identification du patient

N° d'immatriculation ou d'AME :	<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>
<i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage s'il y a lieu)</i>	
Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/> Commune : <input type="text"/>

► Identification de l'employeur : *(pour les personnes soumises à l'obligation vaccinale contre la Covid-19)*

Nom, prénom ou dénomination sociale :	n° téléphone	<input type="text"/>
e.mail :	<input type="text"/>	
Adresse :	<input type="text"/>	
Code postal :	<input type="text"/>	Commune : <input type="text"/>

► Identification du médecin

Nom et prénom du médecin :	<input type="text"/>
Identifiant (n° RPPS) :	<input type="text"/>
N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :	<input type="text"/>
N° de téléphone :	<input type="text"/>

Cachet du médecin

Date et signature du médecin
"J'atteste sur l'honneur l'exactitude des éléments médicaux sus-cités"

 Le