

Informations de la vaccination

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné : D'AMATO LEA

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

l'avoir vacciné pour : seconde vaccination

avec le vaccin : Pfizer/BioNTech - COMIRNATY

issu du lot : FH9951

le (date de vaccination déclarée) : 02/12/2021

Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire

dans le/la : Bras gauche

Je l'ai informé que son cycle vaccinal est terminé.

Identification du vaccinateur (nom et prénom)

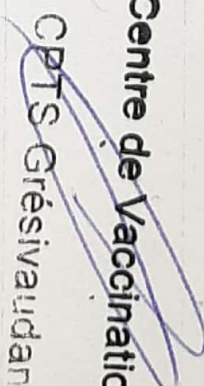
GALLET ROSELINE

Identifiant : 10002992260

Date : 02/12/2021

Centre de Vaccination

Signature :


CPTS Grésivaudan

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