



Attestation médicale

Documentation du dommage et du vaccin

A remplir par le médecin traitant

01. Requéran (personne ayant subi le préjudice)

Nom	
Prénom	
Date de naissance	

02. Informations sur la vaccination dont le requérant pense qu'elle est à l'origine du dommage, sur le vaccin et sur le dommage

Nom du vaccin	
N° de lot	
Date de la vaccination	
Mode d'administration et site d'injection du vaccin	

Dans quel cadre l'indication pour la vaccination a-t-elle été posée (vaccination de routine, en vue d'un voyage, pour motif professionnel) ?

--

Autres vaccins administrés quasi-simultanément ou simultanément (ou copie du carnet de vaccination ou certificat de vaccination) :

Médicaments pris durant la période où a eu lieu la vaccination / où ont débuté les problèmes :

--



Au moment de la vaccination, le requérant présentait-il des signes de maladie aiguë ?

Oui Non

Date d'apparition des premiers problèmes

Description des problèmes (symptômes, signes cliniques, diagnostic, évolution clinique) :
Si nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire.

Quels examens ont été réalisés (joindre éventuellement des copies des résultats pertinents) ?
Si nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire.

Conséquences du dommage

Décès

Situation mettant en jeu le pronostic vital

Hospitalisation Durée :

Domage ou infirmité durable

Incapacité transitoire grave / médicalement importante

Guérison complète

Pas encore rétabli(e)

Autre :



03. Vaccinations antérieures et éventuelles réactions à ces dernières

Dans sa vie, quels vaccins la personne a-t-elle reçus jusqu'ici
(ou copie du carnet de vaccination ou certificat de vaccination) ?

Nom du vaccin	Date de la vaccination

La personne a-t-elle déjà présenté des effets indésirables après des vaccinations ?
Si oui, lesquels ?

04. Autres informations cliniques

Anamnèse antérieure au dommage causé par le vaccin (si celle-ci est connue) :
Si nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire.



Avez-vous orienté le patient/la patiente susmentionné(e) vers d'autres professionnels de santé ?

Non

Oui (veuillez répertorier tous les autres médecins consultés) :

Nom	Adresse

Autres remarques (évaluation, feed-back, documents annexés)

Si nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire.

05. Médecin traitant

Monsieur	Madame
Nom	
Prénom	
Etablissement	
Rue, n°	
NPA, localité	
Téléphone	
Adresse électronique	

Lieu et date :

Signature du médecin ayant rempli le formulaire :

Le requérant est tenu de remettre la présente attestation avec le formulaire de demande.