**CONSENTEMENT DU PATIENT POUR SE FAIRE VACCINER PAR UN**
**PHARMACIEN CONTRE LA GRIPPE SAISONNIERE(\*)**

Je, soussigné(e)....................................................................................................................

Atteste avoir reçu les informations concernant la vaccination contre la grippe saisonnière, notamment sur les bénéfices et les risques liés à la vaccination tels que mentionnés dans la notice des vaccins, par mon pharmacien.

J’ai compris l’ensemble des informations et j’autorise MON PHARMACIEN à me vacciner.

J’ai compris qu’à l’issue de la vaccination, le pharmacien me délivrera une attestation afin que je puisse la présenter à mes médecins, notamment mon médecin traitant.

J’accepte que mon pharmacien transmette directement à mon médecin traitant, les données concernant la vaccination contre la grippe saisonnière, via mon Dossier Médical Partagé (DMP) ou mon carnet de vaccination électronique si j’en possède un, ou par messagerie sécurisée si mon médecin et mon pharmacien en sont équipés.

[ ] Oui [ ]  Non

Dans la négative, je m’engage à informer moi-même mon médecin traitant.

A………………………………………………, le ……………………………………….

Signature

En cas d’effet indésirable, déclarez-le sur le portail des signalements des évènements sanitaires graves :

https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig\_ihm\_utilisateurs/index.html#/accueil

----------------------------------------------------
(\*) Dans le cadre de l’article l5125-1-1 a (9°) du code de la sante publique