l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

SAISIE DIFFEREE – VACCIN COVID
3ème dose vaccin contre la Covid

(Exemplaire à conserver par le vaccinateur ou le centre)

Personne vaccinée

Numéro d'immatriculation : |_|_ _|_ _|_ _|_ _ _|_ _ _| |_ _| Nom : .....
Date de naissance : Prénom : .....

Prescripteur

Nom : ..... RPPS/ADELI : .....
Prénom : ..... N° AM/FINESS : .....
Date de la prescription |_ _|_ _|_ _ _ _|

Informations sur vaccination

Je, soussigné(e), certifie :
- avoir transmis à la personne vaccinée toutes les informations liées à la vaccination contre la COVID-19.
- l'avoir vacciné(e) pour une 3ème dose avec le vaccin : .....issu du lot : .....

Le vaccin a été administré par Injection intramusculaire dans le bras Droit / Gauche *(rayer la mention inutile)*

Identification du vaccinateur (nom et prénom) : ..... Date |_ _|_ _|_ _ _ _|
Signature :

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

✂- - - - - - - -✂- - - - - - - -✂- - - - - - - -✂- - - - - - - -✂- - - - - - - -✂- - - - - - - -✂- - - - - - - -✂- - - - - - - -✂- - - - - - - -✂

3ème dose vaccin contre la Covid

(Exemplaire à conserver par la personne vaccinée)

Personne vaccinée

Nom : .....
Prénom : ..... Date de naissance : |_ _|_ _|_ _ _ _|

Prescripteur :

Nom : ..... RPPS/ADELI :
Prénom : ..... N° AM/FINESS :
Date de la prescription : |_ _|_ _|_ _ _ _|

Informations sur vaccination

Je, soussigné(e), certifie :
- avoir transmis à la personne vaccinée toutes les informations liées à la vaccination contre la COVID-19.
- l'avoir vacciné(e) pour une 3ème dose avec le vaccin : .....issu du lot : .....

Le vaccin a été administré par Injection intramusculaire dans le bras *Droit / Gauche* *(rayer la mention inutile)*

Date : |_ _|_ _|_ _ _ _|
Lieu de la vaccination *(indiquer le nom du centre ou le GID)* : ..... Signature :

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