



# FRENCH Formulaire de consentement des adultes

Ce formulaire sert à documenter l'administration du vaccin MVA-BN

Version 6.0 12/09/2022

**Déclaration de confidentialité** : le personnel du HSE connaît son obligation au regard des lois sur la protection des données, 1988-2018 (dont le RGPD). Les informations fournies seront incluses dans une base de données de vaccination. Le HSE utilisera ces informations pour valider les clients, surveiller les programmes de vaccination et prodiguer les soins de santé.

## Section 1 : Coordonnées personnelles

Remplissez cette partie pour la personne qui se fait vacciner (VEUILLEZ UTILISER DES LETTRES CAPITALES)

Prénom: [ ] Nom: [ ]

Personal Public Service Number (PPSN): [ ]

Date de naissance: [ ] Quel sexe vous a été assigné à la naissance ? (veuillez entourer) Masculin Féminin

Quelle est votre identité de genre ? (veuillez entourer) Homme (y compris homme trans) Femme (y compris femme trans) Non binaire

Adresse: [ ]

Comté: [ ] Eircode: [ ]

Numéro de téléphone portable: [ ] Adresse e-mail: [ ]

Nom et adresse du médecin traitant: [ ]

Professionnels de santé uniquement – Dans quel hôpital ou service travaillez-vous? [ ]

## Veuillez répondre aux questions suivantes

(entourez votre réponse)

Avez-vous déjà reçu le vaccin MVA-BN ou un autre vaccin contre la variole ? **Oui Non**

Si oui, quel était le nom du vaccin? [ ]

À quelle date l'avez-vous reçu? [ J J / M M / A A A A ]

Avez-vous déjà eu des allergies à des vaccins? **Oui Non**

Avez-vous déjà eu des allergies aux œufs ou aux produits à base d'œufs (dont le poulet ou les plumes)? **Oui Non**

Souffrez-vous d'allergies graves? **Oui Non**

Si oui, veuillez préciser [ ]

Avez-vous actuellement une température élevée ou vous sentez-vous mal? **Oui Non**

Souffrez-vous de dermatite atopique? **Oui Non**

Avez-vous des antécédents de formation de cicatrices chéloïdes? **Oui Non**

Souffrez-vous d'une maladie ou suivez-vous un traitement qui affaiblit votre système immunitaire? **Oui Non**

Vous êtes enceinte ? **Oui Non**

Vous allaitez ? **Oui Non**

Prévoyez-vous de recevoir un vaccin contre la COVID-19 dans les 4 prochaines semaines ? **Oui Non**

## Section 2 : Consentement - Veuillez cocher la case correspondant à chaque affirmation et signer pour donner votre consentement à la vaccination

J'ai été informé(e) des possibles risques, des bénéfices et des effets secondaires de ces vaccins.

Je consens à recevoir un schéma vaccinal de MVA-BN (1 ou 2 doses à 28 jours d'intervalle) selon la décision d'un professionnel de santé compétent

Signature: [ ] Date [ J J / M M / A A A A ]

## À USAGE INTERNE UNIQUEMENT | FOR OFFICE USE ONLY

Date Given (DD/MM/YYYY)	Vaccine Name & Manufacturer	Batch Number	Expiry Date Month/Year	Use by date	Injection Site

Prescriber Signature: [ ] HSE Clinic / Hospital Name, Address, or Stamp

PIN/MCRN: [ ]

Vaccinator Signature: [ ]

PIN/MCRN: [ ]