BON DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE A/H1N1 : *Première Injection*

Assuré Social : TEST BORDEREAUX DE LIASSE . ECHEANCIER
Bénéficiaire : TEST BORDEREAUX DE LIASSE . ECHEANCIER
Commune de résidence : 21510 **Date de naissance :** 01 . 05 . 1980 . 1 **N° de Sécurité Sociale :** 1 80 05 15 070 055 49

Cette feuille doit être complétée uniquement par le centre de vaccination

Présentez-vous avec **l'original** de ce bon
dans le centre de vaccination indiqué au verso

01845111<2

VACCIN UTILISÉ POUR LA PREMIÈRE INJECTION

Cocher une seule case :

Pandemrix *(GSK)*	Humenza *(Sanofi)*	Panenza *(Sanofi)*	Focetria *(Novartis)*	Celtura *(Novartis)*	Celvapan *(Baxter)*
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Noter le numéro de lot de l'antigène et, le cas échéant, celui de l'adjuvant :

ANTIGÈNE — Coller ici l'étiquette du Numéro de lot

ADJUVANT — Coller ici l'étiquette du Numéro de lot

SPECIMEN

CENTRE DE VACCINATION

Date vaccination / / 20

Identification du centre de vaccination -

Nom du médecin :

BON DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE A/H1N1 : *Deuxième Injection*

Assuré Social : TEST BORDEREAUX DE LIASSE . ECHEANCIER
Bénéficiaire : TEST BORDEREAUX DE LIASSE . ECHEANCIER
Commune de résidence : 21510 **Date de naissance :** 01 . 05 . 1980 . 1 **N° de Sécurité Sociale :** 1 80 05 15 070 055 49

VACCIN UTILISÉ POUR LA PREMIÈRE INJECTION

Date vaccination / / 20

Numéro de centre -

☐ **Pandemrix** *(GSK)*	**Focetria** *(Novartis)* ☐
☐ **Humenza** *(Sanofi)*	**Celtura** *(Novartis)* ☐
☐ **Panenza** *(Sanofi)*	**Celvapan** *(Baxter)* ☐

01845111<2

VACCIN UTILISÉ POUR LA DEUXIÈME INJECTION

Cocher une seule case :

Pandemrix *(GSK)*	Humenza *(Sanofi)*	Panenza *(Sanofi)*	Focetria *(Novartis)*	Celtura *(Novartis)*	Celvapan *(Baxter)*
☐	☐	☐	☐	☐	☐

Noter le numéro de lot de l'antigène et, le cas échéant, celui de l'adjuvant:

ANTIGÈNE — Coller ici l'étiquette du Numéro de lot

ADJUVANT — Coller ici l'étiquette du Numéro de lot

SPECIMEN

CENTRE DE VACCINATION

Date vaccination / / 20

Identification du centre de vaccination -

Nom du médecin :