

Données télétransmises à l'Assurance Maladie

Vaccination contre la Covid-19

Exemplaire à conserver
par le patient
(à apporter lors de
chaque vaccination)

Patient(e)

Numéro d'immatriculation : 1770362119093 / 06
Nom : DEFOSSEZ
Prénom : MICHAEL
Date de naissance : 11/03/1977
Code du patient * : NKY-RXL-MAM
*Vous devez présenter ce code lors de chaque vaccination

Le patient éligible, ou son représentant légal, a accepté d'entrer dans le processus de vaccination après avoir reçu toutes les informations nécessaires à son choix éclairé.

Informations de l'ordonnance

Prescripteur :

Nom : CROMBE-DECHERF
Prénom : CHARLOTTE
N° RPPS/ADELI : 10100846616
N° AM/FINESS : 590780268

Date de l'ordonnance : 31/05/2021
Vaccin(s) non préconisé(s) :

Éligibilité à la vaccination

Déclare l'éligibilité :

Nom : CROMBE-DECHERF
Prénom : CHARLOTTE
N° RPPS/ADELI : 10100846616
N° AM/FINESS : 590780268

Date d'éligibilité : 31/05/2021

Informations de la vaccination

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné : DEFOSSEZ MICHAEL

avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination pour la COVID-19,

l'avoir vacciné pour : seconde vaccination

avec le vaccin : Pfizer/BioNTech - COMIRNATY

issu du lot : FE2296

Le vaccin a été administré par : Injection intramusculaire dans le/la : Bras gauche

Je l'ai informé que son cycle vaccinal est terminé.

Identification du vaccinateur (nom et prénom)

MADELAINE-RAMBERT VALENTINE

Identifiant : 10004010327

Date : 09/07/2021

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