

**Formulaire de vaccination contre la grippe saisonnière 2025/2026****2025/2026 Seasonal Flu Immunization Form**

Le vaccin utilisé est Vaxigrip Tetra® 2025/2026 (Sanofi Pasteur)

*The vaccine used is Vaxigrip Tetra® 2025/2026 (Sanofi Pasteur)*

Composition :

- Principes actifs : A (H1N1), A (H3N2), B (Victoria) et B (Yamagata), conformément aux recommandations annuelles de l'OMS pour l'hémisphère nord
- Excipients : Chlorure de sodium, chlorure de potassium, phosphate disodique dihydraté, phosphate monopotassique et eau pour préparations injectables.

*Composition : 1. A (H1N1), 2. A (H3N2), 3. B (Victoria) et 4. B (Yamagata)*

**Contre-indications** : Maladie fébrile ou aiguë, hypersensibilité connue à un ou plusieurs composants du vaccin et à l'ovalbumine, aux protéines de poulet ou d'oeuf, à la néomycine, au formaldéhyde et à l'octoxinol-9.

**Contra-indications** : *Feverish or acute illness, hypersensitivity to one or more vaccine components (ovalbumin, chicken or egg proteins, neomycin, formaldehyde and octoxinol-9).*

**Effets secondaires possibles du vaccin** : La plupart des gens n'ont aucune réaction au vaccin. Les effets secondaires possibles, qui disparaissent après un à deux jours, comprennent : légère réaction locale autour de la zone d'injection, fièvre légère, fatigue, douleurs articulaires ou musculaires. Très rarement, une réaction allergique peut survenir.

**Possible side effects of the vaccine** : *Most people have no reaction to the vaccine. Possible side effects, which are rare and disappear after one to two days, include mild local reaction around the injection area, mild fever, fatigue, and joint or muscle pain. Allergic reactions occur very rarely.*

	Oui/Yes	Non/No
Avez-vous eu de la fièvre durant les dernières 48 heures ? <i>Have you had a fever during the last 48 hours?</i>		
Etes-vous allergique aux œufs ou au poulet ? <i>Are you allergic to eggs or chicken?</i>		
Avez-vous d'autres allergies connues ? Si oui, précisez : <i>Do you have any other allergies? If yes, please specify:</i>		
Avez-vous rencontré des problèmes lors de vaccinations précédentes ? <i>Have you experienced problems with any previous vaccination?</i>		
Avez-vous des problèmes de coagulation ou prenez-vous des anticoagulants ? <i>Do you have coagulation problems or are you taking any anticoagulants?</i>		
Pour les femmes : êtes-vous enceinte ? <i>For women: are you pregnant?</i>		

Le·la collaborateur·trice soussigné·e atteste avoir pris connaissance et avoir compris les informations liées à la vaccination contre la grippe et accepte de se faire vacciner.

*The undersigned employee certifies having read and understood the information about vaccination against influenza and agrees to be vaccinated.*

Nom-Surname : \_\_\_\_\_

Prénom-First name : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

**A remplir par le service médical :**

Lot N°

Deltoïde droit

Deltoïde gauche

Date de l'entretien : 12.11.2025 / 20.11.2025

Visa : \_\_\_\_\_