



PROFESSIONNEL DE SANTÉ DÉCLARÉ FORMULAIRE D'EXEMPTION DE VACCINATION COVID-19

En tant que professionnel de la santé soussigné, au mieux de mes connaissances et de ma conviction, sur la base des informations que j'ai déterminées ou qui m'ont été fournies par la personne en question - ou si la personne en question a moins de 16 ans, par un parent ou un tuteur en son nom - je peux confirmer que la personne suivante doit être exemptée de la vaccination par le COVID-19 en raison de problèmes médicaux.

Coordonnées de la personne exemptée

Nom complet (prénom et nom de famille):

Adresse personnelle:

Ville: Département:

Code postal: Pays:

Numéro de téléphone: Adresse électronique:

Date de naissance (jj/mm/aaaa) [si nécessaire]:

Nationalité [si nécessaire]:

Numéro de passeport [si nécessaire]:

Toute information supplémentaire relative à l'exemption du vaccin Covid-19

Après consultation avec la personne nommée, j'ai recommandé que la vaccination par le COVID-19 soit évitée pour la ou les raisons suivantes.

[Cochez toutes les cases qui correspondent].

Cette personne a des antécédents médicaux personnels et/ou familiaux de réactions allergiques ou anaphylactiques à des aliments, des médicaments, des vaccins ou des produits pharmaceutiques, ou anaphylactiques à des aliments, des médicaments, des vaccins ou des produits chimiques environnementaux

Cette personne a des antécédents médicaux personnels et/ou familiaux d'une ou plusieurs affections ou maladies auto-immunes

Cette personne a des antécédents médicaux de troubles de la coagulation/hémorragie et, selon mon opinion professionnelle, la vaccination par le COVID-19 est contre-indiquée

Cette personne a des antécédents médicaux personnels et/ou familiaux de syndrome de fatigue chronique (SFC), d'encéphalomyélite myalgique (EM) ou autre(s) affection(s) post-virale(s)

Cette personne a des antécédents médicaux personnels et/ou familiaux d'une maladie ou affection neurologique ou inflammatoire

Cette personne présente un état de santé ou un problème de santé pour lequel, à mon avis professionnel, la vaccination par le COVID-19 est contre-indiquée

Cette personne a une contre-indication compte tenu des préoccupations concernant les effets à long terme, encore inconnus, des vaccins COVID-19 sur la fertilité

Cette personne a déjà eu le COVID-19 et a, ou est susceptible d'avoir acquis une immunité naturelle

Cette personne utilise des mesures sanitaires ou médicales fondées sur des données probantes pour se protéger et protéger les autres de l'infection par le SARS-CoV-2

DÉCLARATION DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

En tant que soussigné, je déclare par la présente qu'à ma connaissance, les informations ci-dessus sont vraies et correctes. J'ai consulté la personne susmentionnée ou, si elle a moins de 16 ans, un parent ou un tuteur au nom de cette personne. Je recommande que cette personne soit exemptée de la vaccination par le COVID-19. Il s'agit de mon opinion professionnelle et elle est basée sur les directives de ma pratique médicale professionnelle en termes de prise de décision et de consentement.

Nom complet du professionnel de santé:

Qualification(s):

Organisme de référence:

Numéro d'enregistrement (le cas échéant):

Signature:

Date: