Date : ……

Signature du médecin-référent

FICHE RECAPITULATIVE DE FIN DE SUIVI

N° Vacciné	NOM (3 premières lettres)	PRENOM (1ère lettre)	SEXE (M ou F)	Année de naissance	Date de vaccination	N°lot du vaccin	Date du dernier rappel DT	Effet indésirable survenu dans le mois suivant la vaccination
								❑OUI ❑NON ❑Perdu de vue
								❑OUI ❑NON ❑Perdu de vue
								❑OUI ❑NON ❑Perdu de vue
								❑OUI ❑NON ❑Perdu de vue
								❑OUI ❑NON ❑Perdu de vue
								❑OUI ❑NON ❑Perdu de vue
								❑OUI ❑NON ❑Perdu de vue
								❑OUI ❑NON ❑Perdu de vue
								❑OUI ❑NON ❑Perdu de vue
								❑OUI ❑NON ❑Perdu de vue
								❑OUI ❑NON ❑Perdu de vue
								❑OUI ❑NON ❑Perdu de vue