

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 : 2690195680019 / 32
Nom : ROBERT-BETHUNE
Prénom : CORINNE
Date de naissance : 11/01/1969
Code du patient * : NJA-PWR-RLV
**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 : MIGET
Prénom : CAROLE
N° RPPS/ADELI : 10002148731
N° AM/FINESS : 211027990

Date de l'ordonnance : 03/04/2021
Vaccin(s) non préconisé(s) :

Éligibilité à la vaccination

Déclare l'éligibilité :

Nom : MIGET
Prénom : CAROLE
N° RPPS/ADELI : 10002148731
N° AM/FINESS : 211027990

Date d'éligibilité : 03/04/2021

Informations de la vaccination

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné : ROBERT-BETHUNE CORINNE
avoir transmis à mon patient toutes les informations liées à la vaccination pour la COVID-19,

l'avoir vacciné pour : première vaccination avec le vaccin : Moderna
issu du lot : 3001653 à/au : Centre de vaccination

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

Je l'ai informé que sa prochaine injection devrait avoir lieu à partir du : 01/05/2021

30/4

16ⁿ 35

Identification du vaccinateur (nom et prénom)

MIGET CAROLE

Identifiant : 10002148731

Date : 03/04/2021

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

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 : 2690195680019 / 32
Nom : ROBERT-BETHUNE
Prénom : CORINNE
Date de naissance : 11/01/1969
Code du patient * : NJA-PWR-RLV
**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 : MIGET
Prénom : CAROLE
N° RPPS/ADELI : 10002148731
N° AM/FINESS : 211027990

Date de l'ordonnance : 03/04/2021
Vaccin(s) non préconisé(s) :

Éligibilité à la vaccination

Déclare l'éligibilité :

Nom : MIGET
Prénom : CAROLE
N° RPPS/ADELI : 10002148731
N° AM/FINESS : 211027990

Date d'éligibilité : 03/04/2021

Informations de la vaccination

Je, soussigné(e), certifie avoir examiné : ROBERT-BETHUNE CORINNE
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 : Moderna
issu du lot : 3001937
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)

JANIN-MANIFICAT LUC
Identifiant : 10002143757

Date : 30/04/2021

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