

Certificat médical de contre-indication à la vaccination COVID-19

(Article 1 de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 et article 13 de la loi n° 2021-1040 du 05 août 2021 relatives à la gestion de la crise sanitaire, article 2-4 du décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 modifié et son annexe 2)

Notice

► A destination du praticien

Ce certificat est délivré au patient qui présente un des cas de contre-indication à la vaccination COVID-19 prévue à l'annexe 2 du décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 modifié.

Il peut être délivré par tout médecin, généraliste ou spécialiste, inscrit à l'Ordre.

Vous cochez sur le volet 1 du formulaire la situation de contre-indication à la vaccination COVID-19 qui concerne votre patient.

Vous complétez obligatoirement l'ensemble des rubriques des deux volets du certificat, y compris les données d'identification de votre patient.

Le premier volet est destiné au service médical de la caisse de rattachement de votre patient. Il comporte le motif de la contre-indication vaccinale.

Le second volet est destiné au patient. Il ne comporte pas le motif de la contre-indication vaccinale.

Les deux volets sont à remettre à votre patient.

► A destination du patient

Votre médecin vous remet les deux exemplaires de ce certificat après avoir constaté l'existence d'une contre-indication à la vaccination COVID-19.

Ce certificat vous permet de répondre à votre obligation de vaccination prévue par la loi du 5 août 2021 auprès de votre employeur et/ou d'engager les démarches en vue de la délivrance du passe sanitaire.

Une fois délivré, le passe sanitaire sera valable pour la durée de votre contre-indication médicale.

Vous adressez le premier volet au service médical de votre organisme d'assurance maladie dans une enveloppe libre à l'attention de "*Monsieur le Médecin-Conseil*".

Ce certificat de contre-indication vaccinale peut être contrôlé par le médecin-conseil de votre organisme d'assurance maladie. Ce contrôle prend en compte vos antécédents médicaux, l'évolution de votre situation médicale et du motif de contre-indication, au regard des recommandations formulées par les autorités sanitaires.

Vous conservez le second volet de votre certificat.

Votre organisme d'assurance maladie vous adresse dans les meilleurs délais le certificat COVID avec le QR code.

Certificat médical de contre-indication à la vaccination COVID-19

(Article 1 de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 et article 13 de la loi n° 2021-1040 du 05 août 2021 relatives à la gestion de la crise sanitaire, article 2-4 du décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 modifié et son annexe 2)

► Identification du patient

N° d'immatriculation ou d'AME :	<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>
<i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage s'il y a lieu)</i>	
Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>
Commune :	<input type="text"/>
Patient soumis à l'obligation de vaccination contre la Covid-19 :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

► Identification du médecin

Nom et prénom du médecin :	<input type="text"/>
Identifiant (n° RPPS) :	<input type="text"/>
N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :	<input type="text"/>
N° de téléphone :	<input type="text"/>

► Motif de contre-identification : (Cocher obligatoirement une des cases correspondant à la situation médicale de votre patient et joindre les justificatifs nécessaires)

- Les contre-indications inscrites dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) :**
 - Antécédent d'allergie documentée (avis allergologue) à un des composants du vaccin en particulier polyéthylène-glycols et par risque d'allergie croisée aux polysorbates ;
 - Réaction anaphylactique au moins de grade 2 (atteinte au moins de 2 organes) à une première injection d'un vaccin contre le COVID posé après expertise allergologique ;
 - Personnes ayant déjà présenté des épisodes de syndrome de fuite capillaire (contre-indication commune au vaccin Vaxzevria et au vaccin Jassen) ;
 - Personnes ayant présenté un syndrome thrombotique et thrombocytopénique (STT) suite à la vaccination par Vaxzevria.
 - Une recommandation médicale de ne pas initier une vaccination (première dose) :**
 - Syndrome inflammatoire multi systémique pédiatrique(PIMS) post COVID-19.
 - Une recommandation établie après concertation médicale pluridisciplinaire de ne pas effectuer la seconde dose de vaccin suite à la survenue d'un effet indésirable d'intensité sévère ou grave attribué à la première dose de vaccin signalé au système pharmacovigilance (par exemple : la survenue de myocardite, de syndrome de Guillain-Barré...).**
 - Cas de contre-indication médicale temporaire faisant obstacle à la vaccination contre la COVID-19 :**
 - Traitement par anticorps monoclonaux anti-SARS-CoV2 ;
 - Myocardites ou péricardites survenues antérieurement à la vaccination et toujours évolutives.
- Date de fin de contre-indication :

Cachet du médecin

Date et signature du médecin

"J'atteste sur l'honneur l'exactitude des éléments médicaux sus-cités"

Le

Certificat médical de contre-indication à la vaccination COVID-19

(Article 1 de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 et article 13 de la loi n° 2021-1040 du 05 août 2021 relatives à la gestion de la crise sanitaire, article 2-4 du décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 modifié et son annexe 2)

► Identification du patient

N° d'immatriculation ou d'AME :	<input type="text"/>
Nom :	<input type="text"/>
<i>(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage s'il y a lieu)</i>	
Prénom :	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>
Adresse :	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>
Commune :	<input type="text"/>

► Identification du médecin

Nom et prénom du médecin :	<input type="text"/>
Identifiant (n° RPPS) :	<input type="text"/>
N° de la structure (AM, FINESS ou SIRET) :	<input type="text"/>
N° de téléphone :	<input type="text"/>

Cachet du médecin

Date et signature du médecin

"J'atteste sur l'honneur l'exactitude des éléments médicaux sus-cités"

Le