



n° 11264\*02

# vaccination anti-grippale

## notice d'utilisation

**volet 1** - prise en charge du vaccin anti-grippal :

A remplir par votre médecin pour la prescription du vaccin anti-grippal et par votre pharmacien pour la délivrance gratuite de ce vaccin.

**volet 2** - prescription de l'injection du vaccin anti-grippal :

A remplir par votre médecin, s'il le souhaite, pour prescription de l'injection par un(e) infirmier(e) et à compléter par l'infirmier(e) s'il (elle) effectue la vaccination.

Ce volet 2 est à retourner à votre centre de paiement avec la feuille de soins remise par votre infirmier(e).

## prise en charge du vaccin anti-grippal

valable du **au**

(art. L 262-1 et R 261-2 du Code de la sécurité sociale)

**(volet 1)**  
à remettre à votre  
pharmacien

N° d'immatriculation :

Exp :

Bénéficiaire de la prise en charge :

Date et rang de naissance du bénéficiaire :

Code organisme :

à remplir par le médecin		à remplir par le pharmacien	
spécialité prescrite	identification et signature du médecin	date de délivrance	identification et signature du pharmacien
date de prescription			

✂-----✂

## prescription de l'injection du vaccin anti-grippal

prise en charge du vaccin valable du **au**

(art. L 262-1 et R 261-2 du Code de la sécurité sociale)

**(volet 2)**  
à adresser à  
l'organisme de  
sécurité sociale pour  
remboursement avec  
la feuille de soins  
auxiliaire médical(e)

N° d'immatriculation :

Bénéficiaire de la prise en charge :

Date et rang de naissance du bénéficiaire :

Code organisme :

à remplir par le médecin		à remplir par l'infirmier(e)	
Injection par un(e) infirmier(e)	identification et signature du médecin	date d'exécution de l'injection	identification et signature de l'infirmier(e)
date de prescription			

La loi 78.17 du 6.1.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant.

**S3323c**