

ENGAGEMENT DU MEDECIN VACCINATEUR

IDENTITE DU PRATICIEN :

Puisque j'ai foi dans l'efficacité du vaccin que je vais inoculer, puisque j'ai foi dans l'innocuité de ce vaccin, puisque je considère qu'il n'y a aucun risque, en tant que médecin vaccinateur, je m'engage à assumer toutes les conséquences qui pourraient advenir et suivre la vaccination, apportant un préjudice à la personne et à la famille ou aux ayant droits relatifs à la personne que je m'autorise à vacciner. Bien entendu, je m'engage à ne pas recourir à une quelconque assurance pour me dégager des conséquences matérielles et financières liées à mon acte médical, ni à un recours contre le laboratoire producteur du vaccin, ni contre l'état ayant rendu cette vaccination obligatoire.

IDENTITE DE LA PERSONNE VACCINEE :

REFERENCES DU VACCIN :

DATE DE L'ACTE :

Signature :

Fait en 5 exemplaires : 1 pour le patient ou ses parents s'il n'est pas majeur
1 envoyé au ministère de la santé.
1 envoyé à la caisse d'assurance du praticien.
1 envoyé à l'ordre des médecins.
1 gardé par le praticien.