



Centre Hospitalier Jacques Boutard
87500 SAINT YRIEIX LA PERCHE

IMPRIME

Référence du document : IM-0110
Version : 001 du 11/12/2020

Page 1 sur 2

RECUEIL DU CHOIX DU PATIENT/RESIDENT A LA VACCINATION ANTI SARS-COV-2

Je soussigné(e), patient/résident du Centre Hospitalier de Saint Yrieix La Perche,

Nom usuel/marital du patient/résident :

Prénom du patient/résident :

Nom de naissance du patient/résident :

Date de naissance du patient/résident :

Unité de soins ou d'hébergement :

atteste avoir reçu les informations sur la vaccination contre la COVID-19 notamment sur les bénéfices et les risques en l'état actuel des connaissances au jour de la signature de ce document.

Je consens à être vacciné(e) par le CH de Saint Yrieix La Perche dans le cadre de la campagne nationale en direction des établissements accueillant des personnes âgées.

Je refuse d'être vacciné(e) par le CH de Saint Yrieix La Perche dans le cadre de la campagne nationale en direction des établissements accueillant des personnes âgées.

Fait à, le

Signature du patient/résident :



Centre Hospitalier Jacques Boutard
87500 SAINT YRIEIX LA PERCHE

IMPRIME

Référence du document : IM-0110
Version : 001 du 11/12/2020

Page 2 sur 2

RECUEIL DU CHOIX DU PATIENT/RESIDENT A LA VACCINATION ANTI SARS-COV-2

Pour le résident empêché, je soussigné(e),

Prénom : NOM :

Demeurant à :

.....
.....
.....

Représente en tant que :

- Tuteur légal
- Personne de confiance (formulaire de désignation ou sa copie à conserver dans le dossier du patient/résident)
- Famille, préciser le lien de parenté :
- Proche, préciser :

Le patient/résident séjournant au Centre Hospitalier de Saint Yrieix La Perche :

Nom usuel/marital du patient/résident :

Prénom du patient/résident :

Nom de naissance du patient/résident :

Date de naissance du patient/résident :

Unité de soins ou d'hébergement :

J'atteste avoir reçu les informations sur la vaccination contre la COVID-19 notamment sur les bénéfices et les risques en l'état actuel des connaissances au jour de la signature de ce document.

- Je consens à sa vaccination par le CH de Saint Yrieix La Perche dans le cadre de la campagne nationale en direction des établissements accueillant des personnes âgées.
- Je m'oppose à sa vaccination par le CH de Saint Yrieix La Perche dans le cadre de la campagne nationale en direction des établissements accueillant des personnes âgées.

Fait à, le

Signature du représentant du patient/résident :