



Interministerieel Commissariaat Influenza
Commissariat Interministériel Influenza
Interministerielles Koordinationskomitee ‚Influenza‘

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Dans le cadre de la grippe A/H1N1, vous avez été vacciné avec un ou plusieurs vaccins anti-grippe A/H1N1. Vous trouverez ci-dessous les informations relatives à cette ou ces vaccinations.

Date de vaccination	Nom du vaccin	N° de lot de l'adjuvant	N° de lot de l'antigène

Comme tous les médicaments, les vaccins peuvent provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

En cas d'effet indésirable, INFORMEZ VOTRE MEDECIN OU VOTRE PHARMACIEN. Celui-ci se charge de notifier les effets indésirables au Centre belge de Pharmacovigilance de l'Agence fédérale des Médicaments et des Produits de Santé (AFMPS).

**CETTE PREUVE DE VACCINATION CONTIENT DES DONNEES IMPORTANTES.
CONSERVEZ-LA PENDANT AU MOINS UN AN.**