

Coordonnées de l'employeur / du lieu de stage

Nom :

Adresse :

Rue/numéro :

Code postal/Localité :

Numéro d'entreprise - BCE (si connu):

Nature de l'entreprise ou de l'institution où le vacciné est employé ou en stage:

- | | | |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> centre hospitalier | <input type="checkbox"/> centre de réadaptation | <input type="checkbox"/> IMP |
| <input type="checkbox"/> labo clinique | <input type="checkbox"/> institution psychiatrique | <input type="checkbox"/> crèche |
| <input type="checkbox"/> soins à domicile | <input type="checkbox"/> cabinet dentaire/(para)médical | |
| <input type="checkbox"/> centre de transfusion sanguine | <input type="checkbox"/> maison de repos (et de soins) | |
| <input type="checkbox"/> autre: | | |

Coordonnées de l'établissement d'enseignement: (À compléter pour les élèves et étudiants stagiaires) :

Nom :

Adresse :

Rue/numéro :

Code postal/Localité :

Filière d'étude :

Fonction et description de l'activité professionnelle ou du stage (**Code ISCO si possible**):

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

Hépatite A

Vaccins : indiquez la date et le prix pour chaque dose de vaccin administrée

Date de la prestation	Nom du vaccin administré	Prix

Le vacciné travaille-t-il avec des enfants de moins de 6 ans? oui non

Le vacciné travaille-t-il avec des primates? oui non

Le vacciné entre-t-il en contact avec des eaux usées? oui non

Le vacciné doit-il se rendre dans une région endémique dans le cadre de son activité professionnelle?

oui. Laquelle ? non

Hépatite B

Vaccins : indiquez la date et le prix pour chaque dose de vaccin administrée

Date de la prestation	Nom du vaccin administré	Prix

Détermination sérologique : indiquez la date, le numéro de nomenclature ainsi que le prix pour chaque prestation

Date de la prestation	code nomenclature de la sérologie : 437076 / 437113 / 551401 / 551445 / 551482 / 437032 / 551390 / 551434 / 551471	Prix

Le demandeur travaille-t-il avec des primates?

oui

non

Hépatite A et B

Attention ! Le vaccin n'est remboursé que si l'intéressé entre d'emblée en considération pour une primo-vaccination contre l'hépatite B, sans contrôle préalable du statut de vaccination: l'intéressé n'a pas été vacciné contre l'hépatite B, n'est pas considéré comme vacciné contre l'hépatite B et n'a jamais présenté la maladie.

Le demandeur a-t-il déjà reçu une vaccination contre l'hépatite B (en combinaison ou non avec d'autres vaccins) ? oui non

Vaccins : indiquez la date et le prix pour chaque dose de vaccin administrée

Date de la prestation	Nom du vaccin administré	Prix

Détermination sérologique : indiquez la date, le numéro de nomenclature ainsi que le prix de la prestation

Date de la prestation	code nomenclature de la sérologie : 437032 / 437076 / 437113 / 551401 / 551445 / 551482 / 551390 / 551434 / 551471	Prix

Le demandeur travaille-t-il avec des enfants de moins de 6 ans?

oui non

Le demandeur travaille-t-il avec des primates?

oui non

Le demandeur entre-t-il en contact avec des eaux usées?

oui non

Rougeole

Détermination sérologique : indiquez la date, le numéro de nomenclature ainsi que le prix pour chaque prestation

Date de la prestation	code nomenclature de la sérologie : 551655/551666	Prix

Vaccins : indiquez la date et le prix pour chaque dose de vaccin administrée

Date de la prestation	Nom du vaccin administré	Prix

Varicelle

Détermination sérologique : indiquez la date, le numéro de nomenclature ainsi que le prix pour chaque prestation

Date de la prestation	code nomenclature de la sérologie : 551493/551504	Prix

Vaccins : indiquez la date et le prix pour chaque dose de vaccin administrée

Date de la prestation	Nom du vaccin administré	Prix

Coordonnées du médecin vaccinateur :

Cachet :

Nom:

Adresse:

.....

E-mail: Téléphone:

Je confirme sur l'honneur que cette déclaration est sincère et complète. Je m'engage, le cas échéant, à fournir aux médecins de Fedris des informations complémentaires relatives à cette demande.

Date: __ / __ / ____

Signature

Toutes ces données seront traitées conformément aux dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Ces données sont collectées en vue d'appliquer la législation sur la sécurité sociale. Si vous souhaitez consulter ou corriger vos données personnelles, veuillez adresser une demande écrite à Fedris.