



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

ASSURANCE MALADIE DE COTE D'OR- BP 1548
21045 DIJON CEDEX

M. BERNE SXXX
4 R DU STADE
21000 DONG

Nous sommes confrontés, depuis le printemps dernier, au développement d'une pandémie grippale causée par le nouveau virus A(H1N1).

Pourquoi vous faire vacciner ?

Liée à un virus hautement transmissible, cette pandémie va probablement toucher beaucoup d'entre-nous et aura des conséquences graves chez certaines personnes.

Pour vous protéger, mais aussi pour protéger vos proches qui sont peut-être fragiles, le gouvernement, sur recommandation scientifique, vous propose de vous faire vacciner contre le virus A(H1N1). Cette vaccination est particulièrement importante si vous êtes amené(e) à être en contact avec des personnes fragiles, des jeunes enfants ou des femmes enceintes.

La qualité, la sécurité et l'efficacité des vaccins utilisés ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse de la part des autorités sanitaires, dans le cadre des autorisations de mise sur le marché.

Votre médecin traitant peut vous conseiller sur cette vaccination. Vous trouverez également des informations sur le site www.sante-sports.gouv.fr.

Comment vous faire vacciner ?

Vous pouvez vous faire vacciner dans les 10 jours, sans rendez-vous, dans le(s) centre(s) de vaccination indiqué(s) dans ce courrier, muni(e) de cette lettre et d'une pièce justifiant votre identité.

Une notice d'information et un questionnaire médical vous seront remis au centre de vaccination.

Le respect de ces indications est très important pour le bon déroulement de cette campagne de vaccination.

Les gestes de chacun font la santé de tous.

Roselyne Bachelot-Narquin
Ministre de la Santé et des Sports

Vous trouverez ci-dessous l'adresse du(des) centre(s) de vaccination proche(s) de votre résidence ou les modalités de son(leur) identification :

CENTRE DE VACCINATION DARCY MARET 8 RUE DOCTEUR MARET 21000 DIJON
CENTRE DE VACCINATION DES GRESILLES 10 RUE MARC SEGUIN 21000 DIJON
CENTRE DE VACCINATION - NODOT - FONTAINE D'OUCHE CENTRE COMMERCIAL - BD BACHELARD 21000 DIJON

Les informations recueillies sur le bon au verso sont destinées à votre organisme d'assurance maladie et aux autorités sanitaires afin de réaliser la gestion et le suivi de la campagne de vaccination. Vous pouvez accéder et rectifier vos données auprès de votre organisme d'assurance maladie.

BON DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE A/H1N1 - Première Injection

Assuré Social : BXXXX . SXXX
Bénéficiaire : BXXXX . SXXX

Commune de résidence : 21000 Date de naissance : 01 . 01 . 1930 . | N° de Sécurité Sociale : | 15 01 99 999 931 92

Cette feuille doit être complétée uniquement par le centre de vaccination

Présentez-vous avec l'original de ce bon dans le centre de vaccination indiqué au verso

01845000<2 **VACCIN UTILISÉ POUR LA PREMIÈRE INJECTION**

Cocher une seule case :
Pandemrix (GSK) Humenza (Sanofi) Panenza (Sanofi) Focetria (Novartis) Celtura (Novartis) Celvapan (Baxter)

Noter le numéro de lot de l'antigène et, le cas échéant, celui de l'adjuvant :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANTIGÈNE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADJUVANT	

CENTRE DE VACCINATION

Date vaccination : / / 20

Identification du centre de vaccination : -

Nom du médecin :

BON DE VACCINATION CONTRE LA GRIPPE A/H1N1 - Deuxième Injection

Assuré Social : BXXXX . SXXX
Bénéficiaire : BXXXX . SXXX

Commune de résidence : 21000 Date de naissance : 01 . 01 . 1930 . | N° de Sécurité Sociale : | 15 01 99 999 931 92

VACCIN UTILISÉ POUR LA PREMIÈRE INJECTION

Date vaccination : / / 20

Numéro de centre :

Pandemrix (GSK) Focetria (Novartis)
 Humenza (Sanofi) Celtura (Novartis)
 Panenza (Sanofi) Celvapan (Baxter)

01845000<2 **VACCIN UTILISÉ POUR LA DEUXIÈME INJECTION**

Cocher une seule case :
Pandemrix (GSK) Humenza (Sanofi) Panenza (Sanofi) Focetria (Novartis) Celtura (Novartis) Celvapan (Baxter)

Noter le numéro de lot de l'antigène et, le cas échéant, celui de l'adjuvant :

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ANTIGÈNE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ADJUVANT	

CENTRE DE VACCINATION

Date vaccination : / / 20

Identification du centre de vaccination : -

Nom du médecin :