**Schéma de vaccination SARS-CoV-2 pour situation particulière**

Prénom : ………………………………………….

Nom : ……………………………………………….

Date de naissance : ………………………….

Je soussigné, certifie que je suis le médecin-référent/traitant de ce patient et qu’au vu de sa situation médicale évaluée en date du …………………………………………, je préconise un schéma de vaccination SARS-CoV-2 comme suit :

**Type de vaccin pour raison médicale**

* Pas de recommandation particulière
* Cominarty (Pfizer)
* Moderna
* Autre : ………………………………………….

**Dates doses**

* Dès maintenant
* Dès le ……………………………………………

**Renseignements/instructions pour le vaccinateur**

(p.ex. date de l’analyse, type d’allergie, temps de surveillance…)

………………………………………….………………………………………….………………………………………….………………………………………….………………………………………….………………………………………………………………………….

………………………….………………………………………….………………………………………………………………………….

………………………….………………………………………….………………………………………………………………………….

 Nom/timbre, date et signature

 ……………………………………………………

Sous réserve de modifications des recommandations par la commission fédérale des vaccinations au moment de la vaccination effective.