

**Formulaire de demande de Vaccin Diphtérique et Tétanique adsorbé (DT)
pour les enfants présentant une contre-indication à l'administration
d'un vaccin contenant la valence coqueluche**

Ce formulaire doit être rempli en LETTRES MAJUSCULES et signé par le praticien prescripteur

Informations justifiant la demande

DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT (jour/mois/année) :/...../.....

Encéphalopathie d'étiologie inconnue dans les 7 jours suivant la vaccination antérieure par un vaccin contenant la valence coquelucheuse

Date de survenue (jj/mm/aaaa) :/...../.....

Date de la dernière injection d'un vaccin contenant la valence coquelucheuse administré à l'enfant (jj/mm/aaaa) :/...../.....

Cocher le vaccin administré :

Infanrix Hexa

Infanrix Quinta

Infanrix Tetra

Hexyon

Pentavac

Tetravac-Acellulaire

Vaxelis

Autre ? Préciser :

Présence de troubles neurologiques non contrôlés

Préciser :

Présence d'une épilepsie non contrôlée

Ces effets indésirables ont-ils fait l'objet d'une déclaration de pharmacovigilance ? OUI NON

Pour rappel : il incombe au professionnel de santé de déclarer tout effet indésirable susceptible d'être dû à un médicament dont il a connaissance au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) dont il dépend géographiquement (la liste indiquant l'adresse et les départements couverts par chaque CRPV est disponible sur le site Internet de l'ANSM www.ansm.sante.fr), ou directement sur le portail de signalement du ministère de la santé : www.signalement-sante.gouv.fr.

A noter : dans le cadre de ses obligations réglementaires, en cas d'effet indésirable rapporté après administration d'un vaccin Sanofi Pasteur, le service de pharmacovigilance de Sanofi sera amené à vous contacter afin de documenter celui-ci.

Demande du Vaccin Diphtérique et Tétanique adsorbé (DT)

Doses de Primo-vaccination - Nombre de doses demandées : 1 2

Dose de Rappel

Coordonnées du praticien prescripteur

Nom du praticien prescripteur :

N° RPPS :

Date de la demande :

Signature et Cachet :

Coordonnées de la pharmacie pour la livraison du Vaccin Diphtérique et Tétanique adsorbé (DT)

Nom de la pharmacie :

Adresse :

CP : **Ville :**

Numéro de téléphone :

Adresse email :

Les informations recueillies au moyen du présent protocole sont enregistrées par Sanofi dans un fichier informatisé. La communication de ces informations à Sanofi et le traitement de celles-ci par Sanofi sont obligatoires. En effet, ces données sont indispensables au traitement de votre demande de délivrance du vaccin Diphtérique et Tétanique adsorbé (DT), et au respect par Sanofi de ses obligations légales et réglementaires. En cas de refus de votre part de nous communiquer les données définies, Sanofi pourra refuser la délivrance du Vaccin Diphtérique et Tétanique adsorbé (DT) pour les enfants s'inscrivant dans les conditions du présent protocole de délivrance.

Pour les besoins des finalités précisées ci-dessus, Sanofi peut être amené à transmettre vos données aux destinataires suivants : aux sociétés du groupe Sanofi et à ses prestataires intervenant dans la gestion de ces demandes et aux Autorités de Santé.

Conformément aux droits qui vous sont consentis par la loi, vous avez la possibilité d'accéder sur simple demande à vos données – auquel cas vous en recevrez une copie, sauf à ce qu'elles soient directement mise à votre disposition –, ou d'obtenir une limitation du traitement de vos données dans les cas de figure visés par la loi. Toute demande de renseignement peut nous être adressée à l'adresse suivante : Privacy-Office-France@sanofi.com. Vous pouvez également déposer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Vos données sont généralement conservées pour la durée nécessaire à la réalisation des finalités décrites précédemment, à moins que leur conservation ultérieure réponde à des exigences légales ou réglementaires, ou soit nécessaire à la protection des intérêts de Sanofi.