

**MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME  
HOSPITALIERE**

WILAYA DE :.....

ETABLISSEMENT DE :.....

SERVICE DE :.....

**REGISTRE**

**VACCINATION COVID-19**

ANNEE :.....



MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

WILAYA DE : .....

ETABLISSEMENT DE : .....

SERVICE/UNITE DE : .....

REGISTRE D'ENREGISTREMENT DES MANIFESTATIONS INDESIRABLES  
POST- VACCINATION CONTRE LA COVID-19

Page de droite

N°	Nom et prénom	Age	Adresse (localité-commune-wilaya)	N° tél de contact	Nom du vaccin	N° du lot	Date de péremption	Lieu de la vaccination

Page de gauche

Date et heure de vaccination	Site d'administration (bras droit/gauche)	Dose administrée (1ere, 2éme)	manifestation indésirable observée	Délai ou date d'apparition après la vaccination	Durée de la manifestation	ATCD et terrain	Prise concomitante de médicaments	Evolution	Conduite à tenir

MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

WILAYA DE .....  
ETABLISSEMENT DE : .....  
SERVICE DE .....

**CARTE DE VACCINATION  
CONTRE LA COVID-19**

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : / / / / / / / / / /

**VACCINATION CONTRE LA COVID-19**

N° enregistrement : / / / / / / / / / /

Nom du vaccin.....

	Date	N° Lot	Site (bras droit/gauche)
1 <sup>ère</sup> injection			
2 <sup>ème</sup> injection			

Nom de l'agent vaccinateur : .....  
1<sup>ère</sup> injection

Nom de l'agent vaccinateur : .....  
2<sup>ème</sup> injection

Comorbidités : .....  
.....  
.....

Date de rendez-vous : / / / / / / / / / /