cerfa
N° 52361#02

Certificat médical de contre-indication à la vaccination COVID-19

(Article 1 de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 et article 13 de la loi n° 2021-1040 du 05 août 2021 relatives à la gestion de la crise sanitaire, article 2-4 du décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 modifié et son annexe 2)

Notice

A destination du praticien

Ce certificat est délivré au patient qui présente un des cas de contre-indication à la vaccination COVID-19 prévue à l'annexe 2 du décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 modifié.

Il peut être délivré par tout médecin, généraliste ou spécialiste, inscrit à l'Ordre.

Vous cochez sur le volet 1 du formulaire la situation de contre-indication à la vaccination COVID-19 qui concerne votre patient.

Vous complétez obligatoirement l'ensemble des rubriques des deux volets du certificat, y compris les données d'identification de votre patient.

Le premier volet est destiné au service médical de la caisse de rattachement de votre patient. Il comporte le motif de la contre-indication vaccinale.

Le second volet est destiné au patient. Il ne comporte pas le motif de la contre-indication vaccinale.

Les deux volets sont à remettre à votre patient.

Important : dans le cas d'une contre-indication liée à une recommandation établie par un Centre de Référence Maladies Rares (CRMR) ou un Centre de Compétence Maladies Rares (CCMR) après concertation médicale pluridisciplinaire (avis collégial) de ne pas initier la vaccination contre COVID-19, ce présent formulaire doit obligatoirement émaner du centre de référence compétent (CRMC ou CCMR) et être adressé au service médical de la caisse de rattachement de votre patient.

A destination du patient

Votre médecin vous remet les deux exemplaires de ce certificat après avoir constaté l'existence d'une contre-indication à la vaccination COVID-19.

Ce certificat vous permet de répondre à votre obligation de vaccination prévue par la loi du 5 août 2021 auprès de votre employeur et/ou d'engager les démarches en vue de la délivrance du passe sanitaire.

Une fois délivré, le passe sanitaire sera valable pour la durée de votre contre-indication médicale.

Vous adressez le premier volet au service médical de votre organisme d'assurance maladie dans une enveloppe libre à l'attention de *"Monsieur le Médecin-Conseil"*.

Ce certificat de contre-indication vaccinale peut être contrôlé par le médecin-conseil de votre organisme d'assurance maladie. Ce contrôle prend en compte vos antécédents médicaux, l'évolution de votre situation médicale et du motif de contre-indication, au regard des recommandations formulées par les autorités sanitaires.

Vous conservez le second volet de votre certificat.

Votre organisme d'assurance maladie vous adresse dans les meilleurs délais le certificat COVID-19 avec le QR code.

Cas particulier d'une contre-indication concernant des personnes souffrant d'une maladie rare :

- La contre-indication à la vaccination contre la COVID-19 peut émaner du Centre de Référence Maladies Rares (CRMR) ou d'un Centre de Compétence Maladies Rares (CCMR). Dans ce cas, c'est le centre qui vous suit qui transmettra ce formulaire complété au service médical de votre caisse de rattachement.
- Votre médecin traitant, peut également contacter la Filière de Santé Maladies Rares correspondante. Si besoin, il pourra solliciter le CRMR/CCMR compétent. Celui-ci rendra son avis sur l'opportunité et l'innocuité de la vaccination contre la COVID-19.

cerfa
N° 16183*02

Certificat médical de contre-indication à la vaccination COVID-19

Volet 1
A adresser au service médical

(Article 1 de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 et article 13 de la loi n° 2021-1040 du 05 août 2021 relatives à la gestion de la crise sanitaire, article 2-4 du décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 modifié et son annexe 2)

Identification du patient

N° d'immatriculation ou d'AME :

Nom :
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage s'il y a lieu)

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : **Commune :**

Patient soumis à l'obligation de vaccination contre la Covid-19 : **oui** ☐ **non** ☐

Identification de l'employeur : *(pour les personnes soumises à l'obligation vaccinale contre la COVID-19)*

Nom, prénom ou dénomination sociale : **n° téléphone :**
e.mail :

Adresse :

Code postal : **Commune :**

Identification du médecin

Nom et prénom du médecin :

Identifiant *(n° RPPS)* **:**

N° de la structure *(AM, FINESS ou SIRET)* **:**

N° de téléphone :

Motif de contre-indication : *(cochez obligatoirement une des cases correspondant à la situation médicale de votre patient et joindre les justificatifs nécessaires)*

1. **Contre-indications inscrites dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) :**
   - Antécédent d'allergie documentée (avis allergologue) à un des composants du vaccin en particulier polyéthylène-glycols et par risque d'allergie croisée aux polysorbates ; ☐
   - Réaction anaphylactique au moins de grade 2 (atteinte au moins de 2 organes) à une précédente injection d'un vaccin contre le covid posée après expertise allergologique ; ☐
   - Personnes ayant déjà présenté des épisodes de syndrome de fuite capillaire (contre-indication commune au vaccin Vaxzevria et au vaccin Janssen) ; ☐
   - Personnes ayant présenté un syndrome thrombotique et thrombocytopénique (STT) suite à la vaccination par Vaxzevria. ☐
2. **Recommandation médicale de ne pas initier une vaccination (première dose) :**
   - Syndrome inflammatoire multi systémique pédiatrique (PIMS) post-infection par SARS-CoV-2 ; ☐
   - Myocardites ou myo-péricardites associées à une infection par SARS-CoV-2. ☐
3. **Recommandation établie après concertation médicale pluridisciplinaire de ne pas effectuer une dose supplémentaire de vaccin suite à la survenue d'un effet indésirable d'intensité sévère ou grave attribué à une précédente dose de vaccin signalé au système de pharmacovigilance (par exemple : la survenue de myocardite, de syndrome de Guillain-Barré...).** ☐
4. **Recommandation établie par un Centre de Référence Maladies Rares (CRMR) ou un Centre de Compétence Maladies Rares (CCMR) après concertation médicale pluridisciplinaire (avis collégial) de ne pas initier la vaccination contre la COVID-19.** ☐
5. **Cas de contre-indication médicale temporaire faisant obstacle à la vaccination contre la COVID-19 :**
   - Traitement par anticorps monoclonaux anti-SARS-CoV-2 ; ☐
   - Myocardites ou péricardites d'étiologie non liée à une infection par SARS-CoV-2, survenues antérieurement à la vaccination et toujours évolutives. ☐

   Date de fin de contre-indication :

Cachet du médecin

Date et signature du médecin
"J'atteste sur l'honneur l'exactitude des éléments médicaux sus-cités"

Le

La mise à disposition par l'Assurance Maladie de votre passe vaccinal attestant d'une contre-indication à la vaccination contre le COVID-19 nécessite le traitement de vos données. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de limitation aux données qui vous concernent. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur le traitement des données, rendez-vous sur le site d'information www.ameli.fr.
L'établissement et l'usage d'un faux certificat de statut vaccinal ou d'un faux certificat médical de contre indication à la vaccination contre le COVID-19 sont punis conformément au chapitre 1er du titre IV du livre IV du code pénal.
Lorsqu'une procédure est engagée à l'encontre d'un professionnel de santé concernant l'établissement d'un faux certificat médical de contre-indication à la vaccination COVID-19, le procureur de la République en informe, le cas échéant, le conseil national de l'ordre duquel le professionnel relève.

cerfa
N° 16183*02

Certificat médical de contre-indication à la vaccination COVID-19

Volet 2
A destination du patient

(Article 1 de la loi n° 2021-689 du 31 mai 2021 et article 13 de la loi n° 2021-1040 du 05 août 2021 relatives à la gestion de la crise sanitaire, article 2-4 du décret n° 2021-699 du 1er juin 2021 modifié et son annexe 2)

Identification du patient

N° d'immatriculation ou d'AME :

Nom :
(nom de famille (de naissance) suivi du nom d'usage s'il y a lieu)

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : **Commune :**

Identification de l'employeur : *(pour les personnes soumises à l'obligation vaccinale contre la Covid-19)*

Nom, prénom ou dénomination sociale : **n° téléphone**
e.mail :

Adresse :

Code postal : **Commune :**

Identification du médecin

Nom et prénom du médecin :

Identifiant *(n° RPPS)* **:**

N° de la structure *(AM, FINESS ou SIRET)* **:**

N° de téléphone :

Cachet du médecin

Date et signature du médecin
"J'atteste sur l'honneur l'exactitude des éléments médicaux sus-cités"

Le

La mise à disposition par l'Assurance Maladie de votre passe vaccinal attestant d'une contre-indication à la vaccination contre le COVID-19 nécessite le traitement de vos données. Conformément aux dispositions relatives à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de limitation aux données qui vous concernent. Ces droits s'exercent auprès du Directeur de votre caisse d'assurance maladie de rattachement en contactant le ou la délégué(e) à la protection des données. Pour en savoir plus sur le traitement des données, rendez-vous sur le site d'information www.ameli.fr.
L'établissement et l'usage d'un faux certificat de statut vaccinal ou d'un faux certificat médical de contre indication à la vaccination contre le COVID-19 sont punis conformément au chapitre 1er du titre IV du livre IV du code pénal.
Lorsqu'une procédure est engagée à l'encontre d'un professionnel de santé concernant l'établissement d'un faux certificat médical de contre-indication à la vaccination COVID-19, le procureur de la République en informe, le cas échéant, le conseil national de l'ordre duquel le professionnel relève.