

**ATTESTATION DE VACCINATION ET DOCUMENT D'INFORMATION  
COVID 19**

Je soussigné Dr (RPPS ), certifie que Mr / Mme

.....a reçu le ...../...../2021

la 1<sup>ère</sup> injection – la 2<sup>ème</sup> injection du vaccin anti-COVID :

Pfizer BioNtech Comirnaty®

Equipe Médicale Ivryenne 94

LOT : .....

Ce vaccin a pour objectif de **diminuer le risque de forme grave en cas de COVID.**

Votre protection débutera 10 jours après la 1<sup>ère</sup> injection pour atteindre 50% d'efficacité.

**Un rappel du même vaccin dans 3 à 6 semaines** augmentera ses performances avec un niveau d'efficacité supérieur à 90%.

- **En conséquence, même vacciné-e, vous devez maintenir l'application des mesures barrières habituelles.**

**Après chaque dose de vaccin :**

Il se peut que certains symptômes apparaissent :

- Douleur au point d'injection : très fréquente, dure 1 à 2 jours
- Rougeur et gonflement au point d'injection : moins fréquent
- Fatigue, maux de tête, douleurs musculaires et articulaires, frissons et fièvre
- Réactions allergiques (rares)

En cas de problème, demandez un avis à votre médecin.

Vous pouvez déclarer tout évènement indésirable sur le site :

[https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig\\_utilisateurs/index.html3#/accueil](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_utilisateurs/index.html3#/accueil)

**RDV 2<sup>ème</sup> injection** : ...../...../..... à .....