



## NOTE D'INFORMATION

RÉFÉRENCE	OBJET PLAN BLEU	DATE
2024 – 018	<b>CAMPAGNE DE RAPPEL DE VACCINATION CONTRE LA COVID-19</b>	22.05.2024

À l'attention de l'ensemble des habitants,  
À l'attention de l'ensemble des familles et des proches,  
À l'attention des membres du Conseil de la Vie Sociale (CVS),  
À l'attention de l'ensemble du personnel,

Madame, Monsieur,

Le 8 février 2024, la Haute Autorité de Santé (HAS) a rendu un avis et adressé les dernières recommandations concernant une nouvelle campagne de vaccination contre la COVID-19 à destination des personnes les plus fragiles.

En effet, afin de bénéficier d'une meilleure protection durant la période estivale, il est demandé aux directeurs des EHPAD et USLD, d'organiser **la mise en œuvre d'une nouvelle campagne de rappel vaccinal contre la COVID-19 pour tous les résidents.**

La Haute Autorité de Santé (HAS) a établi une liste des personnes éligibles pour cette campagne de rappel :

- Les résidents d'EHPAD et USLD quel que soit leur âge,
- Les personnes de 80 ans et plus,
- Les personnes immunodéprimées,
- Les personnes à très haut risque de forme grave selon chaque situation médicale individuelle.

Je vous informe ainsi que, dans le strict respect des recommandations de la HAS, la campagne de rappel débutera au plus tôt et dès réception des vaccins par l'établissement.

Pour information, la dose de rappel contre la COVID-19 peut être administrée dès 3 mois après la dernière injection ou infection au SARS-Cov-2.

Je vous précise que, pour ce qui concerne le consentement écrit de votre parent ou proche pour l'administration de cette dose de rappel à la vaccination, vous trouverez pour mémoire le modèle du formulaire de consentement (qui a normalement déjà été recueilli pour les habitants présents lors des précédentes campagnes de rappel). Ce consentement, s'il a été souscrit, est archivé dans le dossier de soins de votre parent ou proche **et il permet ce nouveau rappel de vaccination, sans formalité supplémentaire.**

**Pour les habitants qui, en raison d'une admission récente, n'auraient pas pu exprimer leur choix et/ou leur consentement, le retour de ce formulaire devra être effectué dans les meilleurs délais.**

En tout état de cause, si vous souhaitez vous opposer à l'administration du rappel de vaccination pour votre proche ou parent, je vous remercie de bien vouloir adresser par voie recommandée avec accusé de réception à Monsieur le Directeur, un courrier précisant votre refus **avant le vendredi 7 juin 2024.**

La sécurité de tous dépend de la vigilance de chacun.

Vous remerciant vivement de votre confiance,

Le Directeur

A. ESSALHI





**CONSENTEMENT À L'ADMINISTRATION D'UNE DOSE DE RAPPEL  
DE VACCIN CONTRE LA COVID-19**

Je soussigné(e), (nom, prénom de l'habitant(e)) :

Né(e) le

Éventuellement représenté(e) légalement par :

Nom, prénom du représentant : .....

Qualité du représentant : .....

- certifie avoir reçu une information loyale, claire et appropriée concernant la dose de rappel de vaccin contre la COVID-19, libre de toute pression.
- avoir compris les implications sur ma santé, de mes choix possibles, en matière d'avantages et d'inconvénients.
- décide de faire le choix suivant en cochant la case qui me correspond :

donne mon accord pour me faire administrer une dose de rappel contre la COVID-19

refuse de me faire administrer une dose de rappel contre la COVID-19

Fait à ..... le .....

Signature de l'habitant(e) (ou de son représentant) :