



NOTE D'INFORMATION

| RÉFÉRENCE | OBJET | DATE |
|------------|---|------------|
| 2024 – 039 | PLAN BLEU CAMPAGNE DE VACCINATION 2024-2025 CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE ET LA COVID-19 | 19.09.2024 |

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,

La campagne 2024-2025 de vaccination contre la grippe saisonnière sera menée conjointement à la campagne de rappel de vaccination contre la COVID-19.

Les personnes éligibles recevront les deux vaccinations, soit de manière concomitante sur deux sites d'injection différents, soit de manière séquencée. Il n'y a pas de délai minimum à respecter entre les deux vaccinations si celles-ci ne peuvent pas être réalisées concomitamment. Cette recommandation de vaccination concomitante s'applique à l'ensemble des vaccins contre la grippe saisonnière et à l'ensemble des vaccins contre la COVID-19 disponibles en France.

Pour ce qui concerne la vaccination contre la COVID-19, je vous informe que, dans le strict respect des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), la campagne de rappel débutera à partir du 15 octobre 2024 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 au sein de la Résidence DEBROU, 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, tout habitant dispose du droit de refuser cet acte, sauf en cas de protection juridique spécifique (tutelle), auquel cas il appartient au tuteur d'en décider au mieux des intérêts de l'habitant.

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 lundi 30 septembre 2024.**

Pour ce qui concerne la vaccination antigrippale, toute personne de plus de soixante-cinq ans bénéficie d'une prise en charge pour la fourniture du vaccin qu'il convient de nous transmettre pour éviter la facturation par le pharmacien à l'habitant.

La campagne de vaccination débutera à partir du 15 octobre 2024 et dès réception des vaccins par l'établissement.

Je vous précise que, pour ce qui concerne le consentement écrit de votre parent ou proche pour l'administration de cette dose de vaccination, vous trouverez en pièce-jointe le modèle du formulaire de consentement à compléter et signer.

Pour tous les habitants le retour de ce formulaire devra être effectué dans les meilleurs délais.

En tout état de cause, tout habitant dispose du droit de refuser cet acte, sauf en cas de protection juridique spécifique (tutelle), auquel cas il appartient au tuteur d'en décider au mieux des intérêts de l'habitant.
Si vous souhaitez vous opposer à l'administration de la vaccination antigrippale 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 lundi 30 septembre 2024.**

Au-delà de cette date, et sauf contre-indication actée par votre médecin traitant, l'établissement appliquera la recommandation de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé (HAS) et de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) en procédant à la vaccination contre la grippe saisonnière et la COVID-19, sous contrôle et responsabilité de nos médecins salariés.

Je vous informe que le consentement oral de tout habitant sera systématiquement recherché au moment de la vaccination qui ne s'effectuera jamais sous la contrainte.

La sécurité de tous dépend de la vigilance de chacun.

Vous remerciant vivement de votre confiance,

Le Directeur,

A. ESSALHI



Le médecin-coordonnateur,

F. SCHMITT

N° FINES : 320215
MR DE BROU Juge de paix
Médecin Coordinateur Gériatrie
DR SCHMITT Frédéric



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

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

Né(e) le

Éventuellement représenté 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 (ou de son représentant) :



CONSENTEMENT À L'ADMINISTRATION D'UNE DOSE DE VACCIN CONTRE LA GRIPPE SAISONNIÈRE

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

Né(e) le

Éventuellement représenté légalement par :

Nom, prénom du représentant :

Qualité du représentant :

- certifie avoir reçu une information loyale, claire et appropriée concernant la dose de vaccin contre la grippe saisonnière, 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 vaccin contre la grippe saisonnière

refuse de me faire administrer une dose de vaccin contre la grippe saisonnière

Fait à le

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