Annexe 1 :

**Contacts téléphoniques**

1. Bureau provincial des affaires internationales : 024-86892235

2. Shenyang : 024-86861225 024-22725472

3. Dalian : 12345

4. Anshan : 0412-5534908

5. Fushun : 57500577

6. Benxi : 42858468

7. Dandong : 0415-2173213

8. Jinzhou : 0416－3870050 0416－3872043

9. Yingkou : 0417-2998411

10. Fuxin : 0418—2265261

11. Liaoyang : 0419-2125705

12. Tieling : 74230306

13. Chaoyang : 0421-2858052

14. Panjin : 0427-3275566

15. Huludao : 0429-3320182

Annexe 2 :

**Vaccination contre la Covid-19**

**Formulaire de consentement éclairé**

La maladie liée au nouveau coronavirus 2019 (appelée Covid-19 ci-après) est une maladie infectieuse aiguë émergente touchant les voix respiratoires. Ses manifestations cliniques peuvent prendre diverses formes, les plus fréquentes étant la fièvre, la toux sèche et la fatigue généralisée ; chez certains patients, d'autres symptômes ont pu être notés comme une congestion nasale, des écoulements nasaux, des maux de gorge, une conjonctivite, des courbatures et de la diarrhée. La plupart des malades présentent un bon pronostic, mais il existe des cas graves. Au fur et à mesure de sa propagation, cette épidémie est devenue une menace sérieuse pour la santé publique mondiale. Conformément aux besoins actuels de prévention et de contrôle épidémiques, une campagne vaccinale contre la covid-19 a été organisée à destination des individus d'une tranche d'âge préalablement déterminée.

**Caractéristiques pharmacothérapeutiques** : Vaccin contre la covid-19 (souche inactivée)

**Utilisation** : L'injection de ce produit permet de stimuler l'organisme afin qu'il développe une immunité contre la covid-19 ; ce vaccin est utilisé pour prémunir le receveur contre la maladie provoquée par le nouveau coronavirus.

**Effets indésirables** : Suite à l'injection, il peut se produire des effets indésirables localisés, principalement une douleur au site d'injection ; parfois d'autres formes de réaction peuvent se produire (notamment démangeaisons, gonflement, durcissement, rougeur). Il peut également se produire des effets indésirables plus étendus, essentiellement une fatigue et une faiblesse inhabituelles, parfois de la fièvre, des douleurs musculaires, des maux de tête, de la toux, de la diarrhée, des nausées, une diminution de l'appétit ou une réaction allergique.

**Contre-indications vaccinales** : pour les différentes contre-indications vaccinales, se référer à la notice d'utilisation du produit. Les contre-indications vaccinales habituelles comprennent la présence 1. d’une allergie aux substances actives ou à l'un des autres composants du vaccin, 2. d’une maladie aiguë, 3. d’une phase aiguë de maladie chronique en cours 4. d’une maladie avec fièvre ; et si vous êtes une femme : 5. la grossesse.

**Avertissements et précautions** : Une surveillance médicale de 30 minutes est à effectuer après l'injection : si un effet indésirable est constaté après l'injection, une consultation médicale doit être effectuée immédiatement et une déclaration est envoyée au bureau de vaccination. Comme tous les vaccins, ce vaccin peut ne pas développer une immunité totale chez toutes les personnes l’ayant reçu. Pour plus d'informations, consultez la notice d'utilisation du produit.

**Indemnisation en cas de réaction anormale** : Si après diagnostic ou expertise, il est conclu qu'une réaction anormale s'est produite ou ne peut être exclue, une indemnisation sera accordée selon la réglementation en vigueur.

Afin d'assurer la sécurité et l'efficacité de la vaccination, le personnel médical vous demandera de répondre aux questions ci-dessous. Ces questions concernent votre état de santé au jour de la vaccination. L'équipe médicale se basera sur vos réponses pour se prononcer sur la possibilité ou non de procéder à la vaccination.

Êtes-vous présentement atteint de fièvre, d’une maladie aiguë ou en phase aiguë de maladie chronique ○oui ○non

Êtes-vous allergique à l’un des composants de ce vaccin ou avez-vous déjà eu une réaction allergique grave suite à une vaccination ○oui ○non

Êtes-vous atteint d’épilepsie non stabilisée, d’une maladie cérébrale ou de toute autre affection du système nerveux ○oui ○non

Êtes-vous présentement enceinte ? ○oui ○non

Êtes-vous atteint d’une maladie chronique grave ?\* ○oui ○non

Si vous répondez “oui” à une question suivi d’un \*, la vaccination devra être réalisée avec prudence

Avis médical : favorable à la vaccination au jour indiqué ci-dessous

Remarques :

Signature du professionnel : Date :

Je confirme avoir compris l'ensemble des informations données ci-dessus, et j’atteste que les informations fournies concernant mon état de santé et l'existence ou l’absence de contre-indications vaccinales sont correctes.

J’ai répondu au questionnaire pré-vaccinal et j'accepte l'avis formulé par le personnel médical.

Lien de la personne de confiance avec la personne vaccinée ○mère ○ père ○autre (préciser)

Signature de la personne vaccinée ou de la personne de confiance : Date :