



## CONSENTEMENT D'INFORMATION (Francés)

Je soussignée, Mme \_\_\_\_\_, titulaire du D.N.I. [Document National d'Identité] / passeport / N.I.E. [Numéro d'Identité Étrangère] N° \_\_\_\_\_, déclare avoir été suffisamment informé(e) par le personnel sanitaire du Cabinet Médical de \_\_\_\_\_ à propos du vaccin RRO (rougeole, rubéole, oreillons), des conséquences possibles en cas de grossesse. À ce même titre, je ne dois pas tomber enceinte pendant les 4 semaines qui suivent la vaccination.

Le personnel a d'ailleurs répondu à toutes mes questions concernant ce sujet.

Ainsi, après avoir été bien informée, je demande l'administration de ce vaccin.

Le

Signature

Note: Si le patient à moins de 18 ans, le père, la mère ou le tuteur légal doit également signer ce document.