COURRIER SUITE A PASSAGE EN STRUCTURE DE VACCINATION

Cher Confrère, chère Consœur,

Le patient / la patiente susnommé (e)

Nom, Prénom_____

Date de naissance_____

Matricule CNS_____

Numéro de téléphone_____

S'est présenté(e) ce jour au cabinet médical/ à l'officine situé _____

_____ dans le cadre de la vaccination COVID19.

Le/la patient(e) m'a rapporté(e) une :
☐ Réaction allergique à la 1e dose de vaccin
Description :

☐ Suspicion d'allergie à un des composants du vaccin
Préciser l'excipient concerné :

Pour cette raison, et dans le cadre des recommandations de la LSAI (Luxembourg Society for Allergology and Immunology), la vaccination n'a pas pu être réalisée.
Merci de faire parvenir ce présent formulaire par fax (44 11 68 75) ou par mail (sec.immuno@chl.lu) au secrétariat d'Immuno-allergologie du Centre Hospitaliser de Luxembourg (tel : 44 11 22 19) afin que nous proposions une consultation par téléphone.

Date : _____
Dr _____

Signature du médecin ou pharmacien