Formulaire de demande d’intervention pour tests PCR dans le cadre du Covid 19 et éventuellement, en cas de vaccination partielle pour Covid 19, d’adaptation du statut vaccinal chez les personnes non vaccinables

A l’attention du médecin-conseil de votre mutualité.

Cette demande concerne :

* Nom et prénom : ……………………………………………………………………………………………………
* Numéro de registre national : ……………………………………………………………………………………………….
* éventuellement vignette de la mutualité

Je soussigné, allergologue de référence dans le cadre de la campagne de vaccination pour le Covid 19, confirme que le patient susmentionné est en situation de non-vaccinabilité pour la raison suivante [[1]](#footnote-1):

* aucun vaccin n’a été administré
* allergie grave avérée au PEG et/ou au polysorbate
* effets secondaires si graves après la première dose que la poursuite de la vaccination à l’hôpital n’était pas sûre, vaccination partielle.

date : signature de l’allergologue de référence

cachet :

**Consentement du patient (uniquement d’application en cas de vaccination partielle)**

(Cette autorisation est distincte de la demande d’intervention pour les tests PCR ci-dessus. Vous n’êtes pas obligé de remplir cette partie. Seule la première partie de ce formulaire est pertinente pour les interventions.)

Par la présente, j’autorise ma mutualité à transmettre mon numéro de registre national à l’organisme public[[2]](#footnote-2) chargé de la gestion des certificats de vaccination afin qu’il puisse tenir compte de mon statut de personne non vaccinable.

Ce consentement ne concerne que cette transmission unique de votre numéro de registre national. Vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment. Le retrait du consentement n’affecte pas la licéité du traitement (la transmission) fondé sur le consentement avant son retrait. Pour de plus amples informations sur le traitement de vos données personnelles et l’exercice de vos droits, veuillez contacter l’organisme public susmentionné.

date : signature du patient :

Informations complémentaires : **Pour le patient :** Vous êtes invité à rapporter ce certificat à votre mutualité, éventuellement accompagné des factures de laboratoires déjà payées pour des tests PCR déjà effectués. Tous les tests effectués à partir du 28/06/2021 donnent droit à une intervention. Le médecin vous donnera une autorisation pour 1 an qui sera automatiquement renouvelée si la période Covid-19 est prolongée. Chaque fois que vous vous soumettez à un test PCR, vous paierez la facture et la remettrez à la mutualité. La mutualité vous remboursera ensuite vos frais selon les tarifs en vigueur. Assurez-vous que la mutualité dispose de vos coordonnées (téléphone portable, adresse e-mail) et de votre numéro de compte bancaire. **Pour le collaborateur de la mutualité :** Veuillez remettre cette attestation dûment remplie au médecin-conseil directeur de la mutualité. Le traitement ultérieur de cette attestation est effectué par le service compétent.

1. [↑](#footnote-ref-1)
2. COCOM, VAZG, AVIQ, MDG, ONE, COCOF [↑](#footnote-ref-2)