



Association Liberté Information Santé

19, rue de l'Argentière 63200 RIOM (France)

Tél/fax : 04 73 63 02 21 E.mail : siege@alis-france.com www.alis-france.com

ALIS garantit la confidentialité des données fournies

TEMOIGNAGE D'EFFET INDESIRABLE POST-VACCINAL

(A renvoyer au siège)

NOM, Prénom [1]Date de naissance.....

Adresse.....

Vaccins reçus depuis la naissance (Dates et types).....

Vaccin(s) suspecté(s) (Nom commercial, dates des doses reçues)

Symptômes et pathologies observés après la vaccination suspectée (historique).....

Traitements reçus et état actuel.....

Un médecin a-t-il reconnu un lien de causalité ?

Notez toutes vos observations supplémentaires au dos de cette feuille. Joindre au besoin un dossier médical.