



Nom, Prénom, date de naissance  
ou  
Etiquette patient

## Évaluation de la capacité de discernement des adolescents de 12 à 15 ans pour la vaccination COVID-19 dans le Canton de Vaud

- J'ai compris les implications de la vaccination COVID-19 en termes de risques et de bénéfices
- J'ai compris les implications d'une non-vaccination COVID-19 en termes de risques et de bénéfices
- Je désire me faire vacciner contre le COVID-19

Mes parents sont au courant que je désire me faire vacciner contre le COVID-19

- Oui  Non

Mes parents sont d'accord que je me fasse vacciner contre le COVID-19

- Oui  Non

Lieu et date de la vaccination : \_\_\_\_\_

Signature de l'adolescent : \_\_\_\_\_

Nom du soignant : \_\_\_\_\_ Signature du soignant : \_\_\_\_\_