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 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_