

Le

**Ordonnance-formulaire
comorbidités – Covid-19**

Je soussigné(e) Dr atteste que M/
Mme..... justifie d'une vaccination contre la Covid-19 au
regard d'un ou des facteurs de comorbidité suivant(s) pouvant entraîner une forme grave de
la maladie :

- Obésité (IMC >30)
- BPCO et insuffisance respiratoire
- Hypertension artérielle compliquée
- Insuffisance cardiaque
- Diabète (de type 1 et de type 2)
- Insuffisance rénale chronique
- Cancers et maladies hématologiques malignes actifs et de moins de 3 ans
- Transplantation d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques
- Trisomie 21

Cachet et Signature du médecin