



DSPS - DGS
Service du médecin cantonal
Rue Adrien-Lachenal 8
1207 Genève

Genève, le...

Attestation de contre-indication à la vaccination

Validité de 3 mois à compter de la date d'émission

Je soussigné(e).....certifie Mme/M....., né(e)
le..... présente une condition de la liste en annexe de cette attestation qui contre-
indique une vaccination par un vaccin à ARNm pour COVID-19.

Par conséquent, il/elle bénéficie des tests antigéniques rapides remboursés.

Cette attestation est valide pendant trois mois, à compter de la date d'émission.

Signature et tampon

Liste donnant droit à un dépistage en absence de symptômes remboursé par la Confédération :

- 1. Réaction systémique/anaphylaxie connue aux composant du vaccin ARNm*
- 2. Sensibilisation connue ou probable de type immédiate au polyéthylène glycol (PEG, macrogol) (Cominarty®, Spikevax®) ou à la trométhamine (trométamol, TRIS) (Spikevax®) ou au polysorbate 80 (E 433) (COVID-19 Vaccine Janssen®, Vaxzevria®)*
- 3. Réaction anaphylactique confirmée par un spécialiste après la première dose d'un vaccin à ARNm*
- 4. Réaction systémique sévère de nature non allergique confirmée par un spécialiste après l'administration de la première dose d'un vaccin à ARNm : myocardite, péricardite*