



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*