

Certificat type Vaccination COVID-19 CERVCO

**Vaccination en très haute priorité des
personnes à très haut risque**

Je soussigné(e) Docteur _____

certifie que mon patient :

Nom : _____

Prénom : _____

est une **personne à très haut risque selon la liste établie par le Ministère** pour les pathologies rares de la Filière BRAINTEAM justifiant une vaccination en très haute priorité contre la COVID-19 :

Maladies vasculaires rares du cerveau (*barrer les mentions inutiles*) :

- **Angiopathie de moyamoya**
- **CADASIL et autres leucoencéphalopathies vasculaires héréditaires**
- **Thromboses veineuses cérébrales**
- **Dissections des artères cervicales et cérébrales héréditaires**
- **Malformations artério-veineuses cérébrales**
- **Cavernomes cérébraux héréditaires**

Signature