

_____/_____/_____
année mois jour

Date du retour prévu des vaccins

**FORMULAIRE DE RETOUR
DE VACCINS PÉRIMÉS ou de
fin de campagne influenza
Dépôt non géré**

Établissement : _____

Code d'identification du dépôt : _____ Retourné par : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Poste _____ Courriel: _____

TRANSMETTRE PAR COURRIEL accueil.immunisation.dspub.cissslau@ssss.gouv.qc.ca ET JOINDRE AU COLIS LORS DU RETOUR

Nom du produit à retourner	Lot	Date d'expiration	Quantité en doses

<https://i-doc.regional.reg15.rtss.qc.ca/sites/DSPUB/MI/Documents/Immunisation/Retours/MOD 2021-07-26 FOR Retour vaccins périmés ou influenza.doc>

Signature du responsable du retour: _____ Fait le : _____

Effectuer le retour sur les heures ouvrables du dépôt receveur. Ne pas retourner les fioles ouvertes, les détruire de façon sécuritaire.

A l'attention du dépôt de transit (si applicable)

Vaccins reçus avec respect de chaîne de froid? : Oui Non

Reçu par : _____ Date : _____ Heure : _____

À l'attention du DDR

Vaccins reçus avec respect de chaîne de froid? : Oui Non

Reçu par : _____ Date : _____ Heure : _____

ID du retour SI-PMI: _____ Cocher lorsque réception SI-PMI faite

Commentaires :