

Date de déclaration : \_\_\_\_\_ Date de perte : \_\_\_\_\_  
Nom de l'installation : \_\_\_\_\_ Code de dépôt : \_\_\_\_\_  
Nom du déclarant : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nom du vaccin	Format	Numéro de lot	Quantité en DOSES <sup>1</sup>	Description de la perte <sup>2</sup>

\*Ne pas déclarer les pertes de fonds de fioles

Commentaires : \_\_\_\_\_

Signature du déclarant : \_\_\_\_\_

Faire parvenir par courriel avec objet « Pertes code dépôt X » à :  
[gestion.vaccins.dvdp.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gestion.vaccins.dvdp.cissslau@ssss.gouv.qc.ca)

<sup>1</sup> Préciser le nombre de DOSES perdues (NE PAS inscrire le nombre de fioles, il faut faire vous-même la conversion)

<sup>2</sup> Utiliser une ligne par type de vaccins