

Retourner par courriel **avant midi de la date limite de commande** à :

gestion.vaccins.dvpd.ciesslerau@ssss.gouv.qc.ca

*Important d'inscrire en objet : Commande de vaccins, suivi de votre code de vaccinateur.
Joindre le relevé de températures du réfrigérateur à vaccins.*

Date :

Installation du demandeur :

Code de dépôt :

Téléphone (ligne directe) :

Nom du demandeur :

Date de livraison demandée (doit respecter calendrier des commandes) :

Nom du vaccin	Qté voulue (en doses) ¹	INVENTAIRE (à compléter)	
		Qté en inventaire (en doses)	Date d'expiration des produits en inventaire
<i>M-M-R II</i> ou <i>Priorix</i> (RRO) + diluant			
<i>ProQuad</i> ou <i>Priorix-Tetra</i> (RRO-Var) + diluant			
<i>Boostrix</i> ou <i>Adacel</i> (dcaT)			
Influenza injectable	Doit être multiple de 10		
<i>Pneumovax 23</i> (Pneu-P)			
Autre ¹ :		*Indication :	
Autre ¹ :		*Indication :	
Autre ¹ :		*Indication :	
Autre ¹ :		*Indication :	

¹ Pour clientèle admissible à la gratuité (G) tel que précisé au PIQ.