

Retourner par courriel **avant midi de la date limite de commande** à :
gestion.vaccins.dvdp.cissslau@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 :

Établissement :

Code de dépôt :

Téléphone (ligne directe) :

Adresse :

Nom du demandeur :

Courriel :

INVENTAIRE (à compléter)

Nom du vaccin	Quantité voulue en doses ¹	Quantité en inventaire	Date d'expiration des produits en inventaire
<i>Boostrix ou Adacel (dcaT)</i>			
<i>Cervarix (VPH-2)</i>			
<i>Engérix-B junior ou Recombivax (Hépatite B 19 ans et -)</i>			
<i>Engérix-B adulte (Hépatite B 20 ans et +)</i>			
<i>Gardasil 9 (VPH-9)</i>			
<i>Pneumovax 23 (Pneu-P)</i>			
<i>Prevnar 20 (Pneu-C-20)</i>			
<i>Vaqta ou Havrix adulte (Hépatite A 20 ans et +)</i>			
<i>Vaqta ou Havrix pédiatrique (Hépatite A rappel ou 19 ans et -)</i>			
<i>Autre ¹:</i>		*Indication :	
<i>Autre ¹:</i>		*Indication :	
<i>Autre ¹:</i>		*Indication :	

¹ Pour clientèle admissible à la gratuité, tel que précisé dans le PIQ.