Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Québec

# Formulaire de commande

## Profil : Clientèle vulnérable ou risque particulier

Retourner par courriel **avant midi de la date limite de commande** à :
gestion.vaccins.dvpd.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 : | |

| Nom du produit | Quantité voulue en doses[1] | INVENTAIRE (à compléter) | |
|---|---|---|---|
| | | Quantité en inventaire (doses) | Date d'expiration des produits en inventaire |
| ***M-M-R II* ou *Priorix* (RRO) et diluant** | | | |
| ***Act-Hlb (HIB)*** | | | |
| ***Boostrix ou Adacel* (dcaT)** | | | |
| ***Capvaxive* (Pneu-C-21)** | | | |
| ***Engerix-B* ou *Recombivax HB* 0.5 ml (HB)** | | | |
| ***Engerix-B* 1 ml (HB)** | | | |
| ***Gardasil 9* (VPH-9)** | | | |
| ***Prevnar 20* (Pneu-C-20)** | | | |
| ***Tubersol* (TCT)** | | | |
| ***Twinrix Adulte* (HAHB)** | | | |
| ***Twinrix Junior* (HAHB)** | | | |
| ***Vaqta* ou *Havrix* 1 ml (HA)** | | | |
| ***Vaqta* ou *Havrix* 0.5 ml (HA)** | | | |
| **Autre [1]:** | | *Indication : | |
| **Autre [1]:** | | *Indication : | |
| **Autre [1]:** | | *Indication : | |

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

© CISSS des Laurentides, octobre 2025