

FORMULAIRE DE COMMANDE ET D'INVENTAIRE DES PRODUITS IMMUNISANTS

Numéro de vaccinateur : _____ Téléphone : _____
 Responsable : _____ Courriel : _____
 Installation: _____
 Adresse : _____

| Description du produit | VOTRE INVENTAIRE (À CHAQUE COMMANDE) | | Doses par boîte | Votre commande (en boîtes) |
|---------------------------------------|---|----------------------|-----------------------|-------------------------------|
| | Nb de Doses | Date d'expiration | | |
| ACT-HIB (Hib) | | | 5 doses par boîte | x bte de 5 fioles |
| ADACEL-POLIO (dcaT-VPI) | | | 10 doses par boîte | x bte de 10 seringues |
| BOOSTRIX (dcaT) | | | 10 doses par boîte | x bte de 10 seringues |
| CERVARIX (VPH) | | | 10 doses par boîte | x bte de 10 seringues |
| ENGERIX-B (HB 19 ans et moins) | | | 10 dose par boîte | x bte de 10 seringues |
| ENGERIX-B (HB 20 ans et plus) | | | 1 doses par boîte | x seringue |
| GARDASIL 9 (VPH) | | | 10 doses par boîte | x bte de 10 seringues |
| IMOVAX POLIO (VPI) | | | 1 dose par boîte | x séringue |
| INFANRIX HEXA (DCaT-HB-VPI-Hib) | | | 10 doses par boîte | x bte de 10 seringues |
| MENJUGATE (Men-C-C) | | | 10 doses par boîte | x bte de 10 seringues |
| MMR II (RRO) + Diluant | | | 10 doses par boîte | x bte de 10 fioles |
| PEDIACEL (DCaT-VPI-Hib) | | | 5 doses par boîte | x bte de 5 fioles |
| PNEUMOVAX 23 (Pneumo-P 23-valent) | | | 10 doses par boîte | x bte de 10 seringues |
| PREVNAR 13 (Pneumo conj 13-valent) | | | 10 doses par boîte | x bte de 10 seringues |
| PREVNAR 20 (Pneumo conj 20-valent) | | | 1 doses par boîte | x seringue |
| PREVNAR 20 (Pneumo conj 20-valent) | | | 10 doses par boîte | x bte de 10 seringues |
| PROQUAD (RRO Varicelle) + Diluant | | | 10 doses par boîte | x bte de 10 fioles |
| ROTATEQ (Rotavirus) | | | 10 doses par boîte | x paq de 10 app. oraux |
| SYNFLORIX (Pneu-C) | | | 10 doses par boîte | x bte de 10 seringues |
| Td Adsorbées (d2T5) | | | 5 doses par boîte | x bte 5 fioles |
| TUBERSOL (Tuberculine TCT) | | | 10 épreuves par boîte | x bte de 10 épreuves |
| TWINRIX ADUL (VHA+VHB) | | | 1 dose par boîte | x séringue |
| TWINRIX JUN (VHA + VHB 1 à 18 ans) | | | 10 doses par boîte | x paq de 10 seringues |
| VARIVAX III Var (Varicelle) + diluant | | | 10 doses par boîte | x bte de 10 fioles |
| VAQTA ADULTE Hépatite A | | | 1 dose par boîte | x fiole |
| VAQTA PEDIATRIQUE Hépatite A | | | 1 dose par boîte | x fiole |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Imprimé le : 30 janvier 2023

Prenez note que votre commande peut être réduite sans préavis en raison de la disponibilité des produits.

Veuillez retourner ce formulaire au secrétariat des produits immunisants :

Par courriel à : vaccins.dsp@santepub-mtl.qc.ca ou par télécopieur : 514 528-2452

Vous pouvez communiquer avec nous du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h au 514 528-2400, poste 163845