

Formulaire de commande et inventaire de vaccins réguliers Site de vaccination - Statut RESTREINT



À l'usage de la DSG uniquement

ID Réquisition : _____

Approbation : _____

NUMÉRO DU SITE DE VACCINATION (OBLIGATOIRE) : _____

DATE DE LIVRAISON : _____

NOM DU SITE DE VACCINATION : _____

COMPLÉTÉ PAR (responsable GVL) : _____

TÉLÉPHONE : _____ POSTE : _____

Pour les sites publics : Retournez ce formulaire à : [votre répondante GV local](#)

Pour les sites privés : Retournez ce formulaire par courriel à : commandesdevaccins.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

***** Les commandes doivent être reçues à la DSG avant le : mardi 16h00 de la semaine de commande
Après ce délai, les réquisitions seront traitées à la période suivante du calendrier**

INSCRIPTION INVENTAIRE

Code de produit	Nom du vaccin	Format de distribution	Qté inventaire (boîtes complètes + doses restantes) ***tenir compte du format de dist.***	Date de péremption	Numéro de lot	Qté à commander ***tenir compte du format de dist.***
50002	BOOSTRIX dcaT	Boîte de 10 seringues X 0.5 ml				
50188	PNEUMOVAX 23 Pneu-P	Boîte de 10 seringues X 0.5 ml				
50223	Td Adsorbé dT	Boîte de 10 fioles X 0.5 ml				

Dernière version : 2025-02-03/JP

COMMENTAIRES :

***** Prenez note que votre commande peut être réduite sans préavis en raison de la disponibilité des produits ***
Vous pouvez communiquer avec nous du lundi au vendredi de 8 h 30 à 16 h 30 au 819 346-1110, poste 57616**