

**FORMULAIRE COMMANDE DE VACCINS
Profil clinique santé voyage/MAJ adulte**

Nom du site : _____	Date de la commande : ____ / ____ / ____
Commande faite par : _____	À l'usage de la direction vaccination seulement No SI-PMI : _____
Adresse : _____	
Téléphone : _____	
Télécopieur : _____	

PRODUIT	NOM COMMERCIAL	QUANTITÉ AU FRIGO	NUMÉRO DE LOT	EXPIRATION	QUANTITÉ DEMANDÉE (en doses)
<i>dT</i>	Td Adsorbé				Non-disponible
<i>dcaT</i>	Adacel / Boostrix				
<i>dcaT-VPI</i>	Adacel-Polio / Boostrix Polio				
<i>Polio</i>	Imovax Polio				
<i>RRO</i>	Priorix / MMR II				
<i>Diluant RRO/ RROV</i>	Diluant Priorix				
<i>TCT</i>	Tubersol (fiole 1 ml)				
<i>Varicelle</i>	Varivax III				
<i>Autres</i>		Indication : _____			
<i>Sous autorisation de la direction vaccination</i>		Indication : _____			
		Indication : _____			

***IMPORTANT : Joindre le relevé de température à votre commande.**

Télécopier votre commande au 819 966-6057 au plus tard le 1^{er} lundi du mois.

Merci de rapporter vos glacières, tapis réfrigérants et accumulateurs de froid lors de votre réception de vaccins