

FORMULAIRE RETOUR DE VACCINS

Profil établissement d'enseignement

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

PRODUIT	NOM COMMERCIAL	QUANTITÉ AU FRIGO	NUMÉRO DE LOT	EXPIRATION	QUANTITÉ RETOURNÉ (FIOLE OU SERINGUE)
<i>dT</i>	Td Adsorbé				
<i>dcaT</i>	Adacel / Boostrix				
<i>dcaT-VPI</i>	Adacel-Polio /Boostrix Polio				
<i>HB</i>	Engerix B/ Recombivax pédiatrique				
	Engerix B/ Recombivax adulte				
<i>Polio</i>	Imovax Polio				
<i>RRO</i>	Priorix / MMR II				
<i>RRO-Varicelle</i>	Proquad/Priorix Tetra/Priorix Tetra combo				
<i>Diluant RRO/ RROV</i>	Diluant Priorix				
<i>TCT</i>	Tubersol (fiole 1 ml)				
<i>Varicelle</i>	Varivax III				
<i>VPH</i>	Gardasil 9				
<i>Autres</i> <i>Sous autorisation de la direction vaccination</i>	_____		Indication : _____		
	_____		Indication : _____		
	_____		Indication : _____		
	_____		Indication : _____		

Les vaccins retournés doivent être autorisés par la répondante régionale en gestion des vaccins

Retour possible au dépôt régional des vaccins à l’hôpital de Hull
du lundi au jeudi entre 8:00 et 12:00
Téléphone dépôt régional des vaccins : 819 966-6071