

FORMULAIRE RETOUR DE VACCINS  
Profil clinique santé voyage/MAJ adulte

|                            |                                                 |
|----------------------------|-------------------------------------------------|
| 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<br>AU FRIGO | NUMÉRO DE LOT      | EXPIRATION | QUANTITÉ<br>RETOURNÉ<br>(FIOLE OU<br>SERINGUE) |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------------|--------------------|------------|------------------------------------------------|
| <i>dT</i>                                                                         | Td Adsorbé                   |                      |                    |            |                                                |
|                                                                                   |                              |                      |                    |            |                                                |
|                                                                                   |                              |                      |                    |            |                                                |
| <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><br><br><i>Sous autorisation<br/>de la direction<br/>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