

FORMULAIRE RETOUR DE VACCINS

Profil tous vaccins

Nom du site: _____	Date du retour: / /
Retour fait par: _____	
Adresse: _____	À l'usage de la DSMSSS
Téléphone: _____	
Télécopieur: _____	
	No SI-PMI: _____

PRODUIT	NOM COMMERCIAL	QUANTITÉ AU FRIGO	NUMÉRO DE LOT	EXPIRATION	QUANTITÉ RETOURNÉE (EN DOSES)
<i>dT</i>	Td Adsorbé				
<i>dcaT</i>	Adacel				
	Boostrix				
<i>dcaT-VPI</i>	Adacel-Polio				
	Boostrix-Polio				
<i>DCaT-VPI-Hib</i>	Pediacel/Pentacel				
	Infanrix IPV-Hib				
<i>DCat-VPI-Hib-hép.B</i>	Infanrix-Hexa				
HA	Vaqta/Havrix adulte				
	Vaqta/Havrix pédiatrique				
HB	Engerix/Recombivax adulte				
	Engerix/Recombivax pédiatrique				
HAHB	Twinrix adulte				
	Twinrix junior				
HIB	Act-Hib				
Méningocoque B	Bexsero				
<i>Méningocoque C</i>	Menjugate				
	Neisvac-C				
<i>Pneumocoque conjugué</i>	Vaxneuvance				
	Prevnar 20				
	Capvaxive				
<i>Polio</i>	Imovax Polio				

PRODUIT	NOM COMMERCIAL	QUANTITÉ AU FRIGO	NUMÉRO DE LOT	EXPIRATION	QUANTITÉ RETOURNÉE (EN DOSES)
<i>Rotavirus</i>	Rotarix				
	Rotateq				
<i>RRO</i>	Priorix				
	MMR II				
<i>Diluant RRO/ RROV</i>	Diluant Priorix				
<i>RRO-Var</i>	Proquad				
	Priorix Tetra/Priorix Tetra combo				
<i>Diluant varicelle/RRO-Var</i>	Diluant VAR / Proquad				
<i>Varicelle</i>	Varivax III				
<i>VPH</i>	Gardasil 9				
<i>Autres</i> <i>Sous autorisation de la direction vaccination</i>		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