

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				
50235	CAPVAXIVE Pneu-C	Boîte de 10 seringues X 0.5 ml				
50223	Td Adsorbé dT	Boîte de 10 fioles X 0.5 ml				

Dernière version : 2025-10-30/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