

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

PRODUIT	NOM COMMERCIAL	QUANTITÉ AU FRIGO	NUMÉRO DE LOT	EXPIRATION	QUANTITÉ DEMANDÉE (FIOLE OU SERINGUE)
<i>dT</i>	Td Adsorbé				
<i>dT-VPI</i>	Td Polio adsorbé				
<i>dcaT</i>	Adacel / Boostrix				
<i>dcaT-VPI</i>	Adacel-Polio / Boostrix Polio				
<i>DCaT-VPI-Hib</i>	Pediacel / Infanrix IPV-Hib				
<i>DCaT-VPI-Hib-hép.B</i>	Infanrix-Hexa				
<i>Haemophilus influenza de type B</i>	Act-HIB / Hiberix				
<i>Hépatite A</i>	Vaqta adulte / Havrix adulte				
	Vaqta pédiatrique / Havrix pédiatrique				
<i>Hépatite A-B</i>	Twinrix adulte				
	Twinrix pédiatrique				
<i>Hépatite B</i>	Engerix-B pédiatrique / Recombivax pédiatrique				
	Engerix-B adulte / Recombivax adulte				
<i>Méningocoque C</i>	Menjugate				
<i>Méningocoque ACYW135</i>	Menveo / Nimenrix				
<i>Méningocoque B</i>	Bexsero				
<i>Pneumocoque conjugué</i>	Prevnar 13				

PRODUIT	NOM COMMERCIAL	QUANTITÉ AU FRIGO	NUMÉRO DE LOT	EXPIRATION	QUANTITÉ DEMANDÉE (FIOLE OU SERINGUE)
<i>Pneumocoque polysaccharidé</i>	Pneumovax 23				
<i>Polio</i>	Imovax Polio				
<i>Rotavirus</i>	Rotarix				
<i>RRO</i>	Priorix / MMR II				
<i>Diluant RRO/ RROV</i>	Diluant Priorix				
<i>RRO-Var</i>	Proquad / Priorix Tetra				
<i>Diluant varicelle/RRO-Var</i>	Diluant VAR / Proquad				
<i>Varicelle</i>	Varivax III				
<i>VPH</i>	GARDASIL 9				
AUTRES PRODUITS					
<i>TCT</i>	Tubersol (fiolle 1 ml)				
Formulaire d'immunisation (bordereaux pour l'inscription des vaccins)		QUANTITÉ DÉSIRÉE : _____			

**Télécopier votre commande au 819 966-6090, 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.**