

FORMULAIRE RETOUR DE VACCINS

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

PRODUIT	NOM COMMERCIAL	A RETOURNER <input checked="" type="checkbox"/>	NUMÉRO DE LOT	RAISON DU RETOUR <input checked="" type="checkbox"/>		
				EXPIRÉ	BRIS CHAÎNE DE FROID	QUANTITÉ EXCESSIVE
<i>dT</i>						
<i>dT-VPI</i>						
<i>dcaT</i>						
<i>dcaT-VPI</i>						
<i>DCat-Polio</i>						
<i>DCaT-Polio-Hib</i>						
<i>DCat-Polio-Hib-hép.B</i>						
<i>Haemophilus influenza de type B</i>						
<i>Hépatite A</i>						
<i>Hépatite A-B</i>						
<i>Hépatite B</i>						
<i>Méningocoque C</i>						
<i>Méningocoque ACYW135</i>						
<i>Méningocoque B</i>						

PRODUIT	NOM COMMERCIAL	A RETOURNER <input checked="" type="checkbox"/>	NUMÉRO DE LOT	RAISON DU RETOUR <input checked="" type="checkbox"/>		
				EXPIRÉ	BRIS CHAÎNE DE FROID	QUANTITÉ EXCESSIVE
<i>Pneumocoque conjugué</i>						
<i>Pneumocoque polysaccharidé</i>						
<i>Polio</i>						
<i>Rotavirus</i>						
<i>RRO</i>						
<i>Diluant RRO/ RROV</i>						
<i>RRO-Var</i>						
<i>Varicelle</i>						
<i>Diluant varicelle</i>						
<i>VPH</i>						
<i>Autre</i>						

**Communiquez avec la responsable du DDR au 819 966-6071
pour convenir du moment du retour de vaccins.**

**MERCI de rapporter vos glacières, tapis réfrigérants et accumulateurs
de froid lors de votre retour de vaccins.**