

Vaccination en milieu scolaire - Formulaire de commande

Hépatite B, VPH-9, Meningocoque-ACYW135

Veillez ne commander QUE LES DOSES NÉCESSAIRES. NE COMMANDEZ PAS de doses supplémentaires (processus temporaire pendant la pandémie de COVID-19).

Nom et adresse du médecin :
Nom de la clinique :
Numéro de téléphone :

Vaccins à fournir (Doses nécessaires seulement)

Vaccins	Doses en votre possession	Doses nécessaires
Hépatite B (pour les élèves de 7^e et 8^e années seulement) <input type="checkbox"/> Fiole de 1 x 1 ml (1 dose par paquet)		
VPH-9 (filles de la 7^e à la 12^e année et garçons de la 7^e à la 11^e année, pour l'année scolaire 2020-2021. Pour les nouvelles séries de vaccins ou pour les élèves à qui l'on a déjà administré une dose du vaccin VPH-9) <input type="checkbox"/> Fiole de 1 x 0,5 ml (1 dose par paquet) <input type="checkbox"/> 10 fioles de 0,5 ml (10 doses par paquet)		
Men-C-ACYW-135 (élèves de la 7^e année à la 12^e année) <input type="checkbox"/> Fiole de 1 x 0,5 ml (1 dose par paquet) <input type="checkbox"/> 10 fioles de 0,5 ml (10 doses par paquet)		

Vaccination en milieu scolaire - Formulaire de déclaration

Hépatite B, VPH-9, Meningocoque-ACYW135

Veillez remplir ce formulaire et l'envoyer par télécopieur au 613-580-2783.

Nom et adresse du médecin :

Nom du patient	Date de l'administration	Vaccin	Numéro de lot