

## Vaccination en milieu scolaire - Formulaire de commande

### Hépatite B, VPH-9, Menactra

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

**Fournisseur de soins de santé et adresse :**

**Nom de la clinique :**

**Numéro de téléphone :**

#### Vaccins à fournir (Doses nécessaires seulement)

| Vaccins                                                                                                                                                                                                                                                                        | Doses en votre possession | Doses nécessaires |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------|
| <b>Hépatite B (élèves de la 7<sup>e</sup> année à la 12<sup>e</sup> année)</b><br><br><b>1 fiole de 1 ml (1 dose par paquet) – Autorisée pour les élèves de 11 à 15 ans qui reçoivent une série de deux doses de 1 ml.</b><br><br><b>1 fiole de 0,5 ml (1 dose par paquet)</b> |                           |                   |
| <b>VPH-9 (élèves de la 7<sup>e</sup> année à la 12<sup>e</sup> année)</b><br><br><b>Fiole de 1 x 0,5 ml (1 dose par paquet)</b><br><br><b>10 fioles de 0,5 ml (10 doses par paquet)</b>                                                                                        |                           |                   |
| <b>Men-C-ACYW-135 (élèves de la 7<sup>e</sup> année à la 12<sup>e</sup> année/né en 1997 ou après)</b><br><br><b>Fiole de 1 x 0,5 ml (1 dose par paquet)</b><br><br><b>10 fioles de 0,5 ml (5 doses par paquet)</b>                                                            |                           |                   |

# Vaccination en milieu scolaire - Formulaire de déclaration

**Hépatite B, VPH-9, Menactra**

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

**Fournisseur de soins de santé et adresse :**

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