

BUREAU DE SANTÉ DE L'EST DE L'ONTARIO

1000, rue Pitt
 Cornwall (Ontario) K6J 5T1
Téléphone : 613-933-1375, poste 1283

À l'usage du BSEO seulement - Nombre de commande :

Soumettre le formulaire dûment rempli par télécopieur ou courriel à :

Télécopieur : 613-936-0700

Courriel : store@eohu.ca

- **Joindre à la commande une copie des températures prélevées pendant les QUATRE DERNIÈRES SEMAINES.**
- Ne conserver tout au plus qu'un approvisionnement d'un mois dans votre réfrigérateur de vaccins à la fois.
- Consulter le **Calendrier de vaccination systématique financée par le secteur public** en Ontario en vigueur pour connaître les critères d'admissibilité. Appeler en cas de questions sur les immunisations recommandées.
- Remplir **TOUS** les champs pour éviter un délai dans le traitement de votre commande de vaccins.

Nom du fournisseur de soins/clinique/soins de longue durée

Date de la commande (année/mois/jour)

Contact du fournisseur de soins

Nom

Prénom

Titre

Téléphone

Télécopieur

Courriel

Adresse

Unité

Nombre de rue

Nom de rue

Case postale

SUCC/ CSP/ RR

Ville/Village

Province

Code postal

DESCRIPTION

**DOSES
EN MAIN**

**QUANTITÉ
PAR BOÎTE**

**DOSES
REQUISES**

VACCINS

Vaccin contre l'Haemophilus influenzae type B (Hib) Act-HIB® / HIBERIX

5

Vaccin conjugué contre le méningocoque de groupe C (Men C-C)
 Menjugate liquide / NeisVac-C®

10

Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) MMR®II / PRIORIX

10

Vaccin contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle (RROV)
 PRIORIX-TETRA / ProQuad®

10

Vaccin contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et l'Haemophilus influenzae de type b (DcaT-VPI-Hib) PEDIACEL®

5

Vaccins conjugués contre le pneumocoque 15-valent (PNEU-C-15) Vaxneuvance

10

Vaccins conjugués contre le pneumocoque 20-valent (PNEU-C-20) Prevnar 20

10

Vaccin antipoliomyélique (IPV) IMOVAX® Polio

1

Vaccin antirotavirus (Rot-1) ROTARIX

10

Vaccin contre le tétanos et la diphtérie (Td) Td ADSORBED

10

Vaccin contre le tétanos, la diphtérie et la coqueluche (dcaT) ADACEL® / BOOSTRIX

5

Vaccin contre le tétanos, la diphtérie, la coqueluche et la poliomyélite (dcaT-VPI) ADACEL®-POLIO / BOOSTRIX-POLIO

10

Vaccin contre la varicelle (Var) Varivax® III / VARILRIX

10

DESCRIPTION	DOSES EN MAIN	QUANTITÉ PAR BOÎTE	DOSES REQUISES
-------------	---------------	--------------------	----------------

VACCINS – POUR POPULATION DÉSIGNÉES

Vaccin contre le zona Herpes Zoster (HZ) SHINGRIX (Adultes de 65 à 70 ans seulement)		1	
Tuberculine dérivée de protéines purifiées (5 TU) – solution de dépistage de la TB TUBERSOL®		10	

RISQUE ÉLEVÉ - AVEC UNE PRESCRIPTION DU PATIENT INCLUANT LES CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Vaccin contre l'hépatite A, dose pédiatrique inactivée, 0,5 ml (HA) HAVRIX/VAQTA®/AVAXIM®		1	
Vaccin contre l'hépatite A, dose adulte inactivée, 1,0 ml (HA) HAVRIX/VAQTA®/AVAXIM®		1	
Vaccin contre l'hépatite B (pédiatrique), 0.5 ml, dose unique / emballage (HB) Engerix-B®/RECOMBIVAX HB		1	
Vaccin contre l'hépatite B (adulte), 1,0 ml, dose unique / emballage (HB) Engerix-B®/RECOMBIVAX HB		1	
Vaccin contre le virus du papillome humain – (VPH-9) GARDASIL®9 (Sujets ≤ 26 ans Hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes)		1	
Vaccin conjugué anti méningococcique (Men C-ACYW-135) Menactra®/NIMENRIX®/MENVEO (Sujets ≥9 mois qui ont des facteurs de risque médicaux)		1	

VACCIN CONTRE LE VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL (VRS) (VACCIN SAISONNIER)

Adultes admissibles âgés de 60 ans et plus qui répondent aux critères de risque élevé (VRS) Arexvy		1 ou 10	
Adultes admissibles âgés de 60 ans et plus qui répondent aux critères de risque élevé et/ou personnes enceintes (32 à 36 semaines de grossesse) (VRS) Abrysvo		1 ou 10	
ANTICOPRS MONOCLONAL CONTRE LE VRS (50mg) (VRSAb) Beyfortus Nourrissons admissibles (<5kg)		1 ou 5	
ANTICOPRS MONOCLONAL CONTRE LE VRS (100mg) (VRSAb) Beyfortus Nourrissons admissibles (≥5kg)		1 ou 5	

PRODUITS LIÉS À LA VACCINATION

Fiches d'immunisation - Anglais		1	
Fiches d'immunisation – Français		1	
Registre des températures – Anglais		1	
Registre des températures – Français		1	

En soumettant cette commande et en signant ci-dessous, j'atteste au nom du cabinet, les suivantes :

- Des températures entre +2°C et +8°C ont été maintenues dans les réfrigérateurs et documentées deux fois par jour.
- Tous les écarts de température à l'extérieur de +2°C et +8°C (le cas échéant) ont été signalés et des recommandations concernant l'utilisation des vaccins affectés ont été appliquées au sein du cabinet.
- Un plan d'urgence est en place advenant qu'une interruption de courant ou une rupture dans la chaîne du froid se produise, comprenant aussi les glacières à vaccins et les appareils supplémentaires de contrôle des températures.

REMARQUE : Si vous n'êtes pas en mesure d'attester les informations ci-dessus, appeler la Gestion des ressources matérielles au 613-933-1375, poste 1283.

Pour faciliter la collecte des vaccins, assurez-vous d'avoir préparé votre glacière avant d'arriver au Bureau de santé. La glacière doit être munie d'un thermomètre numérique avec min/max et les températures doivent être maintenues entre +2°C et +8°C. De plus, vous devez posséder des blocs ou couvertures réfrigérants et de l'emballage à bulles. Les vaccins ne vous seront remis que lorsque toutes les exigences de la chaîne du froid sont respectées. Communiquez avec le Bureau de santé si vous avez besoin de matériels supplémentaires.

Client - Responsable autorisé (en lettres moulées)

Nom _____ Prénom _____ Titre _____

Signature _____ Date (année/mois/jour) _____

Si les renseignements sont requis dans un autre format, veuillez appeler au 1 800 267-7120 et faire le 0.