EOHU Eastern Ontario Health Unit | BSEO Bureau de santé de l'est de l'Ontario

Formulaire de commande de vaccins – Fournisseurs de soins de santé (FSS)

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 ACYW135 **(Men C-ACYW135)** NIMENRIX® / MENVEO / MenQuadfi® (Vaccination systématique à l'âge de 12 mois)		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 diphthérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite et l'Haemophilus influenzae de type b **(DCaT-VPI-Hib)** PEDIACEL® / PENTACEL® / INFANRIX-IPV/Hib		10	
Vaccins conjugués contre le pneumocoque 15-valent **(PNEU-C-15)** Vaxneuvance (Pour enfants âgés de 6 semaines à 4 ans à faible risque)		10	
Vaccin antipoliomyélitique **(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		10	
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	
VACCINS – POUR POPULATION DÉSIGNÉES			
Vaccins conjugués contre le pneumocoque 20-valent **(PNEU-C-20)** Prevnar 20™ (Pour personnes âgées de 6 semaines à 64 ans à *risque élevé qui sont éligibles*)		10	

DESCRIPTION	DOSES EN MAIN	QUANTITÉ PAR BOÎTE	DOSES REQUISES
Vaccins conjugués contre le pneumocoque 21-valent **(PNEU-C-21)** CAPVAXIVE® (Adults 65 ans et plus seulement)		10 ou 1	
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-ped)** 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)** NIMENRIX® / MENVEO / MenQuadfi® (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 (28 à 36 semaines de grossesse) **(VRS)** ABRYSVO®		1 ou 10	
ANTICOPRS MONOCLONAL CONTRE LE VRS **(VRSAb) Beyfortus® 50 mg** Nourrissons admissibles (<5kg)		1 ou 5	
ANTICOPRS MONOCLONAL CONTRE LE VRS **(VRSAb) Beyfortus® 100 mg** 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.