

Bon d'enlèvement/livraison

Ref:

Date et heure de l'enlèvement/livraison:
 Prescription médicale de groupe fournie? (OUI/NON)

Lieu d'enlèvement:		Délivré à:			
Personne de contact:		Nom et coordonnées du receveur:			
Tel:		Nom complet:			
E-mail:		NISS:			
		N° INAMI:			
		Tel:			
Description des articles (compléter ci-dessous les informations correspondantes aux articles délivrés)		N° de lot/de série	Date de péremption	Quantité	Conditions
Vaccin COVID-19 Comirnaty Original/XBB1.5 RTU, conc f inj, flacon multidose - 12h					T° ambiante
Vaccin COVID-19 Comirnaty Original/XBB1.5 RTU,susp f inj - seringue unidose - 6h					T° ambiante

Date et heure de péremption des vaccins:

Préparation:

Date:

Nom et signature de l'expert pharmaceutique

Réception:

En cochant cette case et signant ce bon d'enlèvement, je confirme avoir pris connaissance des impératifs suivants :

• Administrer toutes les doses reçues aux patients sélectionnés endéans les (cocher la case correspondante) :



Les 6h maximum pour les seringues



Les 12h (dans les 6h une fois entamé) pour les vials

• Communiquer noms, prénoms et numéros NISS des patients ayant reçu les doses dans Vaccinet en respectant le RGPD/GDPR.

• D'une manière générale à respecter les procédures de transport et de conservation des vaccins et du matériel reçus, de tri des déchets produits,

Important: La signature de ce bon d'enlèvement par les deux parties atteste du transfert officiel de responsabilité entre l'expert pharmaceutique et le receveur.

Date:

Nom et signature du receveur: