

## Bon de commande pour la collecte de seringues/flacons de vaccins COVID-19

Nom du médecin : .....

Numéro INAMI ou cachet : .....

Collecte prévue le (Date) : ...../...../.....

▪ **Commande de flacons de vaccin Covid-19 :**

Nombre de flacons : .....

Numéro de lot : .....

A dater de Heure: ..... h..... (heure de sortie du frigo de la pharmacie)

Les flacons non-ouverts ont une durée de validité de maximum **12h** à température ambiante.

▪ **Commande de seringues préparées de vaccin COVID-19 pour les résidents suivants (compléter la liste ci-jointe):**

Nombre de seringues : .....

Numéro de lot : .....

A dater de Heure: .....h..... (heure de sortie du frigo de la pharmacie)

Les doses reçues en seringues doivent être administrées dans un délai de **3 à 6 heures**.

**Signature Médecin prescripteur**

**Signature Pharmacien**

.....

.....

Rappel : Les vaccins sont à transporter avec précaution => éviter les secousses !



