

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
année mois jour

Date du retour prévu des vaccins

**FORMULAIRE DE RETOUR  
DE VACCINS PÉRIMÉS ou de  
fin de campagne influenza  
Dépôt non géré**

Établissement : \_\_\_\_\_

Code d'identification du dépôt : \_\_\_\_\_ Retourné par : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

TRANSMETTRE PAR COURRIEL [accueil.immunisation.dspub.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:accueil.immunisation.dspub.cissslau@ssss.gouv.qc.ca) ET JOINDRE AU COLIS LORS DU RETOUR

Nom du produit à retourner	Lot	Date d'expiration	Quantité <b>en doses</b>

Signature du responsable du retour: \_\_\_\_\_ Fait le : \_\_\_\_\_

Effectuer le retour sur les heures ouvrables du dépôt receveur. Ne pas retourner les fioles ouvertes, les détruire de façon sécuritaire.

**A l'attention du dépôt de transit (si applicable)**

Vaccins reçus avec respect de chaîne de froid? :  Oui  Non

Reçu par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

**À l'attention du DDR**

Vaccins reçus avec respect de chaîne de froid? :  Oui  Non

Reçu par : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

ID du retour SI-PMI: \_\_\_\_\_ Cocher lorsque réception SI-PMI faite

Commentaires :