

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. Cette validité peut être étendue à max **10 semaines** (après la date de décongélation) si une sonde enregistrant les températures accompagne les flacons lors du transport et dans le frigo des institutions.

▪ **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 **6 heures** (après l'heure de sortie du frigo ci-dessus).

Signature Médecin prescripteur

Signature Pharmacien

.....

.....



Rappel : Les vaccins sont à transporter avec précaution => éviter les secousses et la lumière directe !

Numéro NISS des patients	Nom et prénom des patients