

**FORMULAIRE DE COMMANDE DE VACCINS  
AUPRÈS DE SANTÉ PUBLIQUE OTTAWA**

Téléphone : 613-580-6744

Vous pouvez maintenant nous soumettre votre formulaire de commande de vaccins dûment rempli par courriel ou par télécopieur.

Courriel : [vaccin@ottawa.ca](mailto:vaccin@ottawa.ca), Télécopieur : 613-580-2783

DATE: \_\_\_\_\_

**ATTENTION :**

Prière d'inscrire visiblement tous les renseignements ci-dessous. **Veillez indiquer les doses en main avec votre Commande de Vaccins.** Lorsque vous passez votre Commande de Vaccins, veuillez soumettre le Registre de température du mois. Veuillez prévoir sept jours ouvrables pour le traitement de votre demande.

NOM (médecin/clinique) : \_\_\_\_\_ PERSONNE-RESSOURCE : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE : \_\_\_\_\_ NOM DE LA MESSAGERIE : \_\_\_\_\_

PASSER PRENDRE  
LES VACCINS EN PERSONNE

Pour connaître l'âge d'admissibilité et les critères de risque élevé, veuillez consulter le *Calendriers de vaccination financée par le secteur public en Ontario – décembre 2016*.

Nom du vaccin (Nom commercial)	Composants	Quantité par boîte	Doses en Main	Doses commandées	N° de Lot- à l'usage du bureau uniquement
<b>BID (Mantoux)</b> (TUBERSOL <sup>MD</sup> )	Tuberculine dérivée de protéines purifiées	1 x 1 ml (10 DOSES)			
<b>Tdap-IPV</b> Dose de rappel pour enfant âgés de 4 à 6 ans	(Adacel <sup>MD</sup> -Polio)* (BOOSTRIX <sup>MD</sup> - POLIO)* Anatoxine tétanique, dose réduite d'anatoxine diphtérique et vaccin anticoquelucheux acellulaire adsorbés combinés à un vaccin antipoliomyélitique inactivé	10 x 0,5 ml			
<b>DCaT-VPI-Hib</b> (PEDIACEL <sup>MD</sup> )	Vaccin acellulaire contre la coqueluche et anatoxines diphtérique et tétanique adsorbées combinés au vaccin antipoliomyélitique inactivé et au vaccin conjugué contre <i>Haemophilus influenzae</i> de type b	5 x 0,5 ml			
<b>IPV (Polio, Salk)</b> (IMOVAX <sup>MD</sup> Polio)	Antipoliomyélitique inactivé	1 x 0,5 ml			
<b>Men-C</b> (MENJUGATE <sup>MD</sup> )	Vaccin conjugué contre le méningocoque du groupe C	10 x 0,5 ml			
<b>MMR</b> (PRIORIX <sup>MD</sup> )* ou (M-M-R <sup>MD</sup> II)*	Vaccin à virus vivant atténué contre la rougeole, les oreillons et la rubéole	10 x 0,5 ml			
<b>MMRV</b> (PRIORIX-TETRA <sup>MD</sup> ) ou (PRO-QUAD <sup>MD</sup> )	Vaccin à virus vivant atténué contre la rougeole, les oreillons, la rubéole et la varicelle	10 x 0,5 ml			
<b>Pneu-C-13</b> (PREVNAR <sup>MD</sup> -13)	Vaccin conjugué 13-valent contre le pneumocoque	10 x 0,5 ml			
<b>Pneu-P-23</b> (PNEUMOVAX <sup>MD</sup> 23)	Vaccin polysaccharidique contre le pneumocoque	10 x 0,5 ml			
<b>Rotavirus</b> (ROTARIX <sup>MD</sup> )	Vaccin à rotavirus vivant atténué <b>ORAL – NE DOIT PAS ÊTRE INJECTÉ</b>	10 x 1,5 ml			
<b>Td</b> Td Adsorbées	Anatoxines tétanique et diphtérique adsorbées	5 x 0,5 ml			
<b>Tdap</b>	(ADACEL <sup>MD</sup> )* ou	5 x 0,5 ml			
	(BOOSTRIX <sup>MD</sup> )*	10 x 0,5 ml			
<b>Varicelle</b>	(VARILRIX <sup>MD</sup> )* ou	10 x 0,5 ml			
	(VARIVAX <sup>MD</sup> III)*	10 x 0,5 ml			
<b>Zona-Varicelle (Zona)</b> (Zostavax <sup>MD</sup> ) (âgés de 65 à 70 ans)	Vaccin à virus vivant atténué contre la zona- varicelle	1 x 0,65 ml			
<b>Description</b>		<b>Quantité commandée</b>			
<b>FICHES D'IMMUNISATION (25, 50 ou 100)</b>					

**Nota : Les vaccins suivants doivent être pré-autorisés.**

Veuillez consulter les *Calendriers de vaccination financée par le secteur public en Ontario – décembre 2016*.

Nom du vaccin (Nom commercial)	Composants	Quantité par boîte	Doses en Main	Doses commandées	N° de Lot- à l'usage du bureau uniquement
<b>Haemophilus influenzae b (HIB)</b> (ACT-HIB <sup>MD</sup> ) ou (HIBERIX <sup>MD</sup> )	Vaccin conjugué contre <i>Haemophilus influenzae</i> de type b	1 x 0,5 ml			
<b>Hépatite B</b> (RECOMBIVAX HB <sup>MD</sup> )*	Vaccin contre l'hépatite B	40 µg			

\* Sous réserve de la disponibilité IR10 Order Final September 2019\_BL.docx