

## BILAN DES PERTES - DÉPOT LOCAL

Établissement : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

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

Date (AA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_

PRODUIT	FORMAT (Fioles ou seringues)	NUMÉRO DE LOT	DATE DE PÉREMPTION	Quantité retournée en <u>doses</u>	Produit périmé contre crédit ou non	Autres causes (ex. fiole cassée ou contaminée) spécifiez
Act-Hib					OUI	
Adacel					OUI	
Adacel-polio					OUI	
Afluria Tetra					OUI	
Bexsero					OUI	
Boostrix					OUI	
Cervarix					OUI	
Engerix-B péd.					OUI	
Engerix-B adulte					OUI	
Flulaval Tetra					<b>NON</b>	
Flulaval Quadrivalent					<b>NON</b>	
Flumist quad.	Vaporisateur				OUI	
Fluzone quad.					OUI	
Fluzone HD quad					<b>NON</b>	
Fluviral					<b>NON</b>	
Gardasil 9	Seringue				OUI	
Hiberix					OUI	
Imovax Polio					<b>NON</b>	
Imovax Rage					OUI	
Imvamune					<b>NON</b>	
Infanrix-Hexa					OUI	
Menjugate					OUI	
Menveo					OUI	
MMR II RRO					OUI	
Neisvac-C					OUI	
Nimenrix					OUI	
Pediacel					<b>NON</b>	
Pneumovax 23	Seringue				OUI	
Prevnar-C 13					OUI	
Prevnar-C 20					OUI	
Priorix					OUI	
Proquad					OUI	
Rotateq					OUI	
Shingrix					OUI	
Synflorix					OUI	

PRODUIT	FORMAT (Fioles ou seringues)	NUMÉRO DE LOT	DATE DE PÉREMPTION	Quantité retournée en <u>doses</u>	PRODUIT	FORMAT (Fioles ou seringues)
TCT / Tubersol					<b>NON</b>	
Td absorbe					<b>NON</b>	
Twinrix adulte					OUI	
Twinrix junior					OUI	
Vaqta adulte					OUI	
Vaqta péd.					OUI	
Varivax III					OUI	
Autres						
Autres						

**\*\*\*\* AUCUN RETOUR DE DILUANTS ou DE FIOLES ENTAMÉES \*\*\*\***  
**\*\*\*\* VOUS DEVEZ LES DÉTRUIRE \*\*\*\***

### INSTRUCTIONS

1. Remplir le nom de l'établissement qui retourne les produits et les coordonnées de celui-ci.
2. Inscrire le produit concerné avec son numéro de lot et la date d'expiration associée.
3. Inscrire le nombre de fioles ou d'ampoules dans la colonne appropriée.
4. **NE PAS RETOURNER LES FIOLES ENTAMÉES**. Ne pas les comptabiliser dans les pertes.
5. Pour tout bris de chaîne de froid, veuillez remplir le formulaire de demande d'évaluation de produits immunisants à la suite d'un bris de chaîne de froid (Formulaire A) et attendre les instructions de la personne responsable de l'évaluation des produits à la Direction de Santé publique.
6. Les produits non utilisables à la suite d'un bris de chaîne de froid doivent être détruits par le vaccinateur après l'évaluation de la personne responsable à la Direction de Santé publique.
7. Le maintien de la chaîne de froid n'est pas nécessaire pour les produits immunisants retournés au Service régional des produits immunisants (SRPIQ), à moins d'avis contraire.
8. Les produits immunisants retournés pour crédit ou pour destruction doivent être acheminés le mardi, mercredi ou jeudi entre 8h30 et 12h00 au :

Service régional des produits immunisants de Québec  
Institut universitaire de santé mentale de Québec  
2601, boul. de la Canardière  
Local N-2790  
Québec (Québec)  
G1J 2G3  
Télécopieur 418-577-8981