

CAMPAGNE VACCINALE SAISONNIÈRE 2023-2024

Cachet de
l'Officine

Annexe 1a – GRIPPE SAISONNIERE RECUEIL DU NOMBRE DE DOSES DANS LES OFFICINES

A remplir lors de la délivrance ou la dispensation des vaccins



Patients éligibles *

(≥ 60ans, LM, Professionnel santé, femme enceinte, IMC ≥ 40, Autres)

Noter le nombre de doses dispensées : | = 1 = 5

Professionnels de santé libéraux

(Médecin, sage-femme)

(IDE : sur présentation de la prescription médicale)

Indiquer l'identité du professionnel de santé et la quantité délivrée

10 doses maximum par professionnel de santé

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOM et Prénom du professionnel de santé	Date	Quantité livrée

Total de doses dispensées aux patients éligibles (1) :

Total de doses délivrées aux professionnels de santé libéraux (2) :

TOTAL DE DOSES DISPENSEES OU/ ET DELIVREES (1+2) :

OUI Je souhaite recevoir en retour le nombre de doses suivant délivrées par CERPOL MEDIPAC TAHITI PHARM

NON Reliquat de doses en Officine : Date :/...../.....

MERCI PAR AVANCE DE RETOURNER CETTE FICHE COMPLETEE A VOTRE GROSSISTE

*voir Annexe 4 – Population éligible à la vaccination contre la grippe saisonnière 2023-2024

Pharmacie d'approvisionnement _ Direction de la santé _ Tél : 40 54 21 00 _ Fax : 40 43 15 47 _ Email : pharmacie.secretariat@sante.gov.pf