

# CAMPAGNE VACCINALE SAISONNIÈRE 2023-2024

Cachet de  
l'Officine

## Annexe 1b – COVID-19 RECUEIL DU NOMBRE DE DOSES DANS LES OFFICINES

*A remplir lors de l'administration et de la délivrance des vaccins*



<b>Patients éligibles *</b> (≥ 60ans, LM, Professionnel santé, femme enceinte, IMC ≥ 40, Autres) Noter le nombre de doses administrées :   = 1 <input type="checkbox"/> = 5	<b>Professionnels de santé libéraux</b> (Médecin, sage-femme) (IDE : sur présentation de la prescription médicale) Indiquer l'identité du professionnel de santé et la quantité délivrée																																																																							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; border: 1px dashed gray;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px dashed gray;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px dashed gray;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px dashed gray;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: 1px dashed gray;"> </td> </tr> </table>																																																			<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">NOM et Prénom du professionnel de santé</th> <th style="width: 15%;">Date</th> <th style="width: 15%;">Quantité flacon délivré</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	NOM et Prénom du professionnel de santé	Date	Quantité flacon délivré																		
NOM et Prénom du professionnel de santé	Date	Quantité flacon délivré																																																																						
<b>Total de doses administrées aux patients éligibles :</b>	<b>Total de flacons délivrés aux professionnels de santé libéraux :</b>																																																																							
<b>TOTAL DE FLACONS UTILISES</b>																																																																								
<input type="checkbox"/> OUI Je souhaite recevoir en retour : COMIRNATY OMICRON XBB.1.5 (30µg/dose – <b>flacon</b> de 6 doses) Délivrés par <input type="checkbox"/> CERPOL <input type="checkbox"/> MEDIPAC <input type="checkbox"/> TAHITI PHARM																																																																								
<input type="checkbox"/> NON Reliquat de flacons en Officine : COMIRNATY OMICRON XBB.1.5 (30µg/dose – <b>flacon</b> de 6 doses)																																																																								
<input type="text" value="Nombre de FLACONS commandés"/>	<input type="text" value="FLACONS restants"/>																																																																							
Date : ...../...../.....																																																																								
<b>MERCI PAR AVANCE DE RETOURNER CETTE FICHE COMPLETEE A VOTRE GROSSISTE</b>																																																																								

\*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](mailto:pharmacie.secretariat@sante.gov.pf)

Plus d'informations : [bppi@sante.gov.pf](mailto:bppi@sante.gov.pf) OU <https://www.service-public.pf/dsp/covid-19/> /TEL : 40 466 180