

CAMPAGNE VACCINALE SAISONNIÈRE 2023-2024

Cachet du Médecin,
Sage-femme, Infirmier
IDE/Structure ou
Etablissement de santé

Annexe 2b – Covid-19 En l'absence de possibilité d'accès à VAXI FENUA RECUEIL DU NOMBRE DE DOSES ADMINISTREES DANS LES LIEUX DE SOINS

Pour chaque vaccination : Indiquez la ou les catégorie(s) de la personne vaccinée sur le formulaire disponible sur le lien : <https://www.service-public.pf/dsp/covid-19/>

Ce formulaire doit être renvoyé pour toute nouvelle commande de flacon

- Chaque ligne verticale (1,2 ou 3...) correspond à 1 dose de vaccin administrée =1 personne vaccinée

- Pour chaque personne vaccinée, indiquer la ou les catégories concernées en cochant une ou plusieurs cases correspondantes (choix multiples raisons) :

Exemples (Ex) :

| | | 1 | 2 | 3 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | | | |
|--------------------------------|---|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|--|--|--|
| Groupes de population à risque | ≥60 ans | Ex | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | LM | Ex | Ex | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Professionnels de santé | | Ex | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Femmes enceintes | | | Ex | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | IMC≥40 | | Ex | Ex | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Autres professionnels à vaccination recommandée | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Autres (pers séjournant ds éta srr., entourage...)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

Renouvellement de flacons, commandez par ce formulaire (Annexe 2b) ou Fiche de commande de vaccins COVID-19 (Annexe 1c) :

- OUI PFIZER COMIRNATY®OMICRON XBB.1.5 (couvercle GRIS) 30µg/dose-flacon de 6 doses
- NON

Nombre de FLACONS commandés

Date :/...../.....

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