

Cachet de
l'Officine

CAMPAGNE VACCINALE SAISONNIÈRE 2025-2026

Annexe 7a – COVID-19

RECUEIL DU NOMBRE DE DOSES ADMINISTREES ET COMMANDE DANS LES OFFICINES

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



Patients éligibles * (≥ 60ans, LM, IMC ≥ 40, femme enceinte, professionnel santé, autres) Noter le nombre de doses administrées : = 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 1 flacon maximum par professionnel de santé																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><thead><tr><th style="width: 60%;">NOM et Prénom du professionnel de santé</th><th style="width: 20%;">Date</th><th style="width: 20%;">Quantité flacons délivrés</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	NOM et Prénom du professionnel de santé	Date	Quantité flacons délivrés															
	NOM et Prénom du professionnel de santé	Date	Quantité flacons délivrés																
Total de doses administrées aux patients éligibles :	Total de flacons délivrés aux professionnels de santé libéraux :																		
TOTAL DE FLACONS UTILISES																			
Je souhaite recevoir en retour : - Flacon COMIRNATY LP.8.1 adulte (30µg/dose – flacon de 6 doses) - Seringue graduée sertie avec aiguille adulte délivrés par ☐ CERPOL ☐ MEDIPAC ☐ TAHITI PHARM - Reliquat de flacon COMIRNATY LP.8.1 adulte (30µg/dose – flacon de 6 doses)																			
Date :/...../....., Signature :																			
MERCI PAR AVANCE DE RETOURNER CETTE FICHE COMPLETEE A VOTRE GROSSISTE																			

*voir Annexe 2 – Population éligible à la vaccination contre le Covid-19 2025-2026

CAMPAGNE VACCINALE SAISONNIÈRE 2025-2026

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