

Bon de commande pour la collecte de seringues/flacons de vaccins COVID-19

Nom du médecin :

Numéro INAMI ou cachet :

Collecte prévue le (Date) :/...../.....

▪ **Commande de flacons de vaccin Covid-19 :**

Nombre de flacons :

Numéro de lot :

A dater de Heure: h..... (heure de sortie du frigo de la pharmacie)

Les flacons non-ouverts ont une durée de validité de maximum **12h** à température ambiante.

▪ **Commande de seringues préparées de vaccin COVID-19 pour les résidents suivants (compléter la liste ci-jointe):**

Nombre de seringues :

Numéro de lot :

A dater de Heure:h..... (heure de sortie du frigo de la pharmacie)

Les doses reçues en seringues doivent être administrées dans un délai de **3 à 6 heures**.

Signature Médecin prescripteur

Signature Pharmacien

.....

.....



