

Nom de l'installation : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Rx

### ORDONNANCE – Prescription d'un vaccin

*(Nom du produit, posologie et voie d'administration, quantité prescrite, indication du médicament si requis)*

En référence à l'ordonnance collective *Prescrire un vaccin non couvert par le Programme québécois d'immunisation CIUSSSCN-OC-2019-04-r01* disponible à l'adresse suivante : <https://www.ciussc-capitalnationale.gouv.qc.ca/ordonnances>

Nom de l'infirmière : \_\_\_\_\_

No de permis (OIIQ) : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_