

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)

Nom de l'infirmière : _____

No de permis (OIIQ) : _____

Signature : _____