

BILAN DES PERTES - DÉPÔT LOCAL

Établissement : _____

Téléphone : _____

Télécopieur : _____

Date (AA/MM/JJ) : _____

Complété par : _____

PRODUIT	FORMAT	NUMÉRO DE LOT	DATE DE PÉREMPTION	Quantité (en doses)		
				Produit périmé et retourné au SRPIQ	Bris de la chaîne de froid nécessitant destruction	Autres causes (ex. fiole cassée ou contaminée) spécifiez
Act-Hib	Fiole 0,5 ml					
Adacel	Fiole 0,5 ml					
Adacel-polio	Seringue 0,5 ml					
Afluria Tetra	Seringue 0,5 ml					
Bexsero	Seringue 0,5 ml					
Boostrix	Seringue 0,5 ml					
Cervarix	Seringue 0,5 ml					
Engerix-B péd.	Fiole 0,5 ml					
Engerix-B	Fiole 1,0 ml					
Flulaval Tetra	Fiole 5 ml					
Flulaval Quadrivalent	Fiole 5 ml					
Flumist quad.	Vaporisateur 0,2ml					
Fluzone quad.	Fiole 5 ml					
Fluviral	Fiole 5 ml					
Gardasil 9	Seringue 0,5 ml					
Gardasil 9	Fiole 0,5 ml					
Hiberix	Fiole 0,5 ml					
Imovax Polio	Seringue 0,5 ml					
Imovax Rage	Fiole 1 ml					
Infanrix-Hexa	Ser/fiole 0,5 ml					
Influvac	Seringue 0,5 ml					
Menjugate	Seringue 0,5ml					
Menveo	Fiole 0,5 ml					
MMR II RRO	Fiole 0,5 ml					
Neisvac-C	Seringue 0,5 ml					
Nimenrix	Fiole 0,5 ml					
Pediacel	Fiole 0,5 ml					
Pneumovax 23	Fiole 0,5 ml					
Prevnar 13	Seringue 0,5 ml					
Priorix	Fiole 0,5 ml					
Proquad	Fiole 0,5 ml					
Rotateq	Applicateur 2 ml					
Synflorix	Seringue 0,5 ml					
TCT / Tubersol	Fiole 1 ml					
Td absorbe	Fiole 0,5 ml					
Twinrix adulte	Seringue 1 ml					

Twinrix junior	Seringue 0,5 ml					
Vaqta adulte	Fiole 1 ml					
Vaqta péd.	Fiole 0,5 ml					
Varivax III	Fiole 0,5 ml					

INSTRUCTIONS

1. Remplir le nom de l'établissement qui retourne les produits et les coordonnées de celui-ci
2. Inscrire le produit concerné avec son numéro de lot et la date d'expiration associée.
3. Inscrire le nombre de fioles ou d'ampoules dans la colonne appropriée.
4. **NE PAS RETOURNER LES FIOLES ENTAMÉES** sauf si la fiole contient plus de la moitié de son contenu original. S'il reste moins de la moitié du contenu original, ne pas comptabiliser les pertes.
5. Pour tout bris de chaîne de froid, veuillez remplir le formulaire de demande d'évaluation de produits immunisants à la suite d'un bris de chaîne de froid (Formulaire A) et attendre les instructions de la personne responsable de l'évaluation des produits à la Direction de Santé publique.
6. Les produits non utilisables à la suite d'un bris de chaîne de froid peuvent être détruits par le vaccinateur après l'évaluation de la personne responsable à la Direction de Santé publique.
7. Le maintien de la chaîne de froid n'est pas nécessaire pour les produits immunisants retournés au Service régional des produits immunisants (SRPIQ), à moins d'avis contraire.
8. Les produits immunisants retournés pour crédit ou pour destruction doivent être acheminés le mardi, mercredi ou jeudi entre 8h30 et 12h00 au :

Service régional des produits immunisants de Québec
 Institut universitaire de santé mentale de Québec
 2601, boul. de la Canardière
 Local N-2790
 Québec (Québec)
 G1J 2G3
 Télécopieur 418-577-8981