

Annexe 9 – Dossier de suivi des vaccins¹⁷

Il est recommandé d'utiliser les formulaires propres aux administrations lorsqu'ils sont disponibles.

Collectivité	Membre du personnel infirmier chargé de l'immunisation :
Date /aaaa /m /j	

Nom du vaccin et numéro(s) de lot(s)	
Nombre de doses reçues	
Nombre de doses perdues	
Nombre de doses administrées	
Nombre de doses perdues en raison de la chaîne frigorifique	
Nombre de doses restantes (rendre à SSC)	

Date /aaaa /m /j	Nom	1	2	3	4	5	Dose 1	Dose 2
	Totaux pour cette page							