

# 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. Cette validité peut être étendue à maximum **10 semaines** (après la date de décongélation) si une sonde enregistrant les températures accompagne les flacons lors du transport et dans le frigo des institutions.

▪ **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 **6 heures** (après l'heure de sortie du frigo ci-dessus).

**Signature Médecin prescripteur**

**Signature Pharmacien**

.....

.....



