



BORDEREAU D ENVOI

Produit* Numéro de lot de l'Antigène Numéro de lot de l'Adjuvant

Produit*	Numéro de lot de l'Antigène	Numéro de lot de l'Adjuvant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Portez le chiffre correspondant au produit utilisé*

- 1 - Pandemrix (GSK)
- 2 - Humenza (Sanofi)
- 3 - Panenza (Sanofi)
- 4 - Focetria (Novartis)
- 5 - Celtura (Novartis)
- 6 - Celvapan (Baxter)

Identification du Centre de Vaccination

N° Département

N° Centre

Date Journée Vaccination

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---	--

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---	---	---	---



BORDEREAU D ENVOI

Produit* Numéro de lot de l'Antigène Numéro de lot de l'Adjuvant

Produit*	Numéro de lot de l'Antigène	Numéro de lot de l'Adjuvant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Portez le chiffre correspondant au produit utilisé*

- 1 - Pandemrix (GSK)
- 2 - Humenza (Sanofi)
- 3 - Panenza (Sanofi)
- 4 - Focetria (Novartis)
- 5 - Celtura (Novartis)
- 6 - Celvapan (Baxter)

Identification du Centre de Vaccination

N° Département

N° Centre

Date Journée Vaccination

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	---	--

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---	---	---	---