

*Cachet du médecin / infirmier
Dispensaire / Infirmerie*

**RECUEIL DU NOMBRE DE DOSES ADMINISTREES
DANS LES LIEUX DE SOINS**
(A remplir lors de l'administration du vaccin)

Date
.....

Pour chaque personne vaccinée, indiquer la catégorie concernée en cochant la colonne correspondante : = 1 = 5

Personnes de 60 ans et plus	Personnes en ALD (moins de 60 ans)	Professionnels de santé	Femmes enceintes	IMC >40 sans ALD	Autres catégories à risques
<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"/> <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"/> <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"/> <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"/>	<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"/>
Total :					
Total des doses administrées		Nombre de doses souhaitées en retour	

MERCI PAR AVANCE DE RETOURNER CETTE FICHE COMPLETEE AU BPPI

Les dernières fiches complétées devront être renvoyées en fin de campagne à :

Bureau des programmes des pathologies infectieuses – Direction de la Santé – Tél : 40 48 82 61 – Fax : 40 48 82 12 – Email : bpqi@sante.gov.pg
ou
Pharmacie d'approvisionnement – Direction de la Santé – Tél : 40 54 21 00 – Fax : 40 43 15 47 – Email : pharmacie.secretariat@sante.gov.pg