

OBLIGATOIRE

NUMÉRISER À L’ADRESSE COURRIEL SUIVANTE :

[saisievaccpsl.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:saisievaccpsl.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Prénom** |
| **Nom de l’enfant :** |  |  |
| **Date de naissance :** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom complet de la mère :** |  |  |
| **Nom complet du père :** |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nirsévimab** (Beyfortus MC) : | 50 mg (0.5mL) | 100 mg (1mL) | 200 mg (2 mL) |
| **Intramusculaire le :** |  |  |  |
|  | Date |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numéro de lot :** |  | | |
| **Site d’injection :** |  | | |
|  | (Ex. : cuisse gauche) |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Prénom** | **Licence** |
| **Injecteur :** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Lieu d’injection :** |  | | |
|  | (Ex. : Hôpital Fleurimont) |  |  |

sept.-24