

Bon d'enlèvement/livraison

Ref:

Date et heure de l'enlèvement/livraison:
 Prescription médicale de groupe fournie? (OUI/NON)

Lieu d'enlèvement: Personne de contact: Tel: E-mail:	Délivré à: Nom et coordonnées du receveur: Nom complet: NISS: N° INAMI: Tel:
--	--

Description des articles (compléter ci-dessous les informations correspondantes aux articles délivrés)	N° de lot/de série	Date de péremption	Quantité	Conditions
Vaccin COVID-19 Comirnaty Original/XBB1.5 RTU, conc f inj, flacon multidose - 12h				T° ambiante
Vaccin COVID-19 Comirnaty Original/XBB1.5 RTU,susp f inj - seringue unidose - 6h				T° ambiante


Date et heure de péremption des vaccins:

Préparation:
 Date:
 Nom et signature de l'expert pharmaceutique

Réception:

En cochant cette case et signant ce bon d'enlèvement, je confirme avoir pris connaissance des impératifs suivants :

- Administrer toutes les doses reçues aux patients sélectionnés endéans les (cocher la case correspondante) :

	Les 6h maximum pour les seringues <input type="checkbox"/> Les 12h (dans les 6h une fois entamé) pour les vials <input type="checkbox"/>
---	---

- Communiquer noms, prénoms et numéros NISS des patients ayant reçu les doses dans Vaccinet en respectant le RGPD/GDPR.
- D'une manière générale à respecter les procédures de transport et de conservation des vaccins et du matériel reçus, de tri des déchets produits,

Important: La signature de ce bon d'enlèvement par les deux parties atteste du transfert officiel de responsabilité entre l'expert pharmaceutique et le receveur.

Date:
 Nom et signature du receveur: