

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
année mois jour  
Date

## Formulaire déclaration de perte vaccin(s)

**\*\*\*[Pour les vaccins périmés, veuillez utiliser le formulaire de retour](#)\*\*\***

Établissement : \_\_\_\_\_

Code d'identification du dépôt : \_\_\_\_\_ Nom du déclarant : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_ Courriel: \_\_\_\_\_

Nom du produit	Lot	# dose(s) contaminée(s)/brisée(s) ou perdue(s)	Description de la perte

Commentaires :

Transmettre par courriel: [accueil.immunisation.dspub.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:accueil.immunisation.dspub.cissslau@ssss.gouv.qc.ca)