

Bon de commande de doses de vaccin anti-COVID 19



Formulaire à compléter et à expédier au plus tard le vendredi de la semaine N pour traitement et préparation des envois le mardi de la semaine N+1 à :

ars971-suivi-pharmacies@ars.sante.fr ; marion.saliege@chu-guadeloupe.fr ; diana.mathieu@chu-guadeloupe.fr

Structure qui fait la demande	
Nom de la structure <i>(centre de vaccination ou établissement ou assimilés)</i>	
Adresse complète
N° FINESS (ET ou géographique)	
Nom et prénom du demandeur <i>(médecin responsable ou à défaut le directeur de la structure)</i>	
Fonction du demandeur	
Adresse mail	
Téléphone	
Date de la demande	

Personne référente vaccination anti-covid19 <i>si différente du médecin responsable</i>	
Nom et prénom	
Téléphone fixe/mobile	
Adresse mail	

Nom de spécialité du vaccin <i>(cocher la case ou entourer le nom de spécialité du vaccin)</i>	Comirnaty® monovalent XBB.1.5 PAE 12 ans + <input type="checkbox"/>	Comirnaty® monovalent XBB.1.5 PAE 5-11 ans <input type="checkbox"/>	Comirnaty® monovalent XBB.1.5 AD 6 mois-4 ans <input type="checkbox"/>	
Date envisagée de la vaccination				
Nombre de personnes prioritaires ou de résidents				
Nombre de professionnels de santé				
Nombre de personnes hors publics prioritaires <i>(préciser brièvement les motifs de ces demandes)</i>				
Soit nombre total de doses souhaité				

Partie réservée à l'ARS « 971 »

Validation ARS	
Avis ARS <i>(cocher la case)</i>	<input type="checkbox"/> FAVORABLE <input type="checkbox"/> DÉFAVORABLE
Nom et prénom de la personne qui valide	
Fonction de la personne qui valide	
Date avis ARS	

Version 5 octobre 2023