

## Bon de commande de doses de vaccin anti-COVID 19

Formulaire à compléter et à expédier à J-5 de la date de vaccination envisagée à

[riposte-covid19@ars.sante.fr](mailto:riposte-covid19@ars.sante.fr) ; [riposte-vacciner@ars.sante.fr](mailto:riposte-vacciner@ars.sante.fr) ; [marion.saliege@chu-guadeloupe.fr](mailto:marion.saliege@chu-guadeloupe.fr) ; [diana.mathieu@chu-guadeloupe.fr](mailto:diana.mathieu@chu-guadeloupe.fr)

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

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

Nom de spécialité du vaccin (cocher la case ou entourer le nom de spécialité du vaccin)	PfizerBioNtech Comirnaty « classique » <input type="checkbox"/>	Moderna Spikevax « classique » <input type="checkbox"/>	Novavax Nuvaxovid <input type="checkbox"/>	PfizerBioNtech Comirnaty <b>bivalent*</b> « version BA.4-5 » <input type="checkbox"/>	Moderna Spikevax <b>bivalent*</b> « version BA.1 » <input type="checkbox"/>	PfizerBioNtech Comirnaty Pédiatrique <input type="checkbox"/>
Date envisagée de la vaccination						
Nombre de personnes prioritaires (dont >75 ans) ou de résidents (dont >75 ans)						
Nombre de professionnels de santé						
Nombre de personnes hors publics prioritaires (préciser brièvement les motifs de ces demandes)						
Soit nombre total de doses souhaité						

\*: les vaccins bivalents sont strictement réservés aux rappels.

### Partie réservée à l'ARS « 971 »

Validation ARS	
Avis ARS (cocher la case)	<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 12 octobre 2022