

**Demande de kit Vaccin diphtérique et tétanique adsorbé (DT) et Imovax Polio
Pour les enfants âgés de moins de 7 ans**

Attention : en cas de formulaire non correctement renseigné, la demande ne pourra pas être honorée

- Toute demande doit parvenir accompagnée du **formulaire ci-après dûment rempli en LETTRES MAJUSCULES et signé par le médecin prescripteur** (qui fait foi d'ordonnance)
- Ce formulaire remplace l'ordonnance
- Elle sera honorée uniquement dans le cadre des indications des vaccins DT* et Imovax Polio
- **Le(s) kit(s) DT + Imovax polio sera (seront) livré(s) à la pharmacie indiquée sur ce formulaire**
- Le formulaire **rempli et signé** est à renvoyer, une fois scanné, à l'adresse **kitdtimovaxpolio@sanofi.com** ou à faxer au **04 37 37 76 67**
- En cas de question, la pharmacie peut contacter le service d'information médicale au **0 800 55 56 58**

* Vaccin Diphtérique et Tétanique adsorbé (DT)

Indication :

Le vaccin diphtérique et tétanique adsorbé est un vaccin indiqué pour l'immunisation active contre la diphtérie et le tétanos, entre l'âge de 6 semaines et de 6 ans (avant le 7ème anniversaire de l'enfant).

Les recommandations vaccinales préconisent d'utiliser chez l'enfant de 6 semaines à 6 ans des vaccins combinés contenant la valence coquelucheuse. Le vaccin diphtérique et tétanique adsorbé ne devrait être utilisé qu'en cas de contre-indication à la valence coquelucheuse.

Le vaccin diphtérique et tétanique adsorbé ne doit pas être utilisé en post-exposition pour le traitement de la diphtérie ou du tétanos.

Imovax Polio - Vaccin poliomyélitique (inactivé)

Indication :

Ce vaccin est indiqué pour la prévention de la poliomyélite chez le nourrisson, l'enfant et l'adulte, tant en primo-vaccination qu'en rappel.

IMOVAX POLIO doit être utilisé selon les recommandations officielles applicables.

Nous vous rappelons que la déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (Ansm) et réseau des Centres Régionaux de Pharmacovigilance – Site internet: www.ansm.sante.fr

Formulaire de demande de Vaccin Diphtérique Tétanique adsorbé
et Imovax polio, pour les enfants de moins de 7 ans

Destinataire : Direction Affaires Médicales Sanofi Pasteur opérations vaccins

E-mail : kitdtimovaxpolio@sanofi.com ou Fax : 04 37 37 76 67

Date :

CADRE RESERVE AU MEDECIN PRESCRIPTEUR (à compléter en LETTRES MAJUSCULES)

Attention : en cas de formulaire non correctement renseigné, la demande ne pourra pas être honorée

NOM DU MEDECIN :

ADRESSE :

CP :

VILLE :

NUMERO DE TELEPHONE :

E-MAIL :

BESOIN MEDICAL

Confirmation que l'enfant à vacciner a un âge < 7 ans :

Si l'enfant est âgé de 7 ans ou plus : ne pas utiliser ce formulaire et appeler le service d'information médicale au 0 800 55 56 58

Demande de kit pour :

Primo-vaccination : 2 kits ou Vaccination de Rappel : 1 kit

Indiquer la raison du choix:

Convenance personnelle – Les parents souhaitent se limiter aux seules vaccinations obligatoires (diphtérie – tétanos - polio) et refusent les vaccinations recommandées présentes dans les vaccins combinés : hexavalent (contenant les valences coqueluche, hépatite B et Haemophilus), pentavalent (contenant les valences coqueluche et Haemophilus) et tétravalent (contenant la valence coqueluche).

ou

Raison médicale

Précisions sur l'ENFANT à vacciner

NOM - 3 premières lettres :

PRENOM :

AGE : an(s) mois

SIGNATURE /TAMPON du MEDECIN

COORDONNEES DE LA PHARMACIE pour la livraison du (des) kit(s)*
(à compléter en LETTRES MAJUSCULES)

ATTENTION : Pour pouvoir honorer la demande, tous les champs suivants doivent être complétés

NOM de la PHARMACIE ::

ADRESSE :

CP :

VILLE :

NUMERO DE TELEPHONE :

E-MAIL

NUMERO DE FAX

*NB

Le « kit » livré à la pharmacie indiquée ci-dessus sera accompagné d'un bon de livraison sur lequel il sera indiqué le nom du médecin prescripteur, suivi des trois premières lettres du nom de l'enfant à vacciner

| VOTRE COMMANDE | |
|----------------|---------------------|
| DATE | REFERENCE |
| 18.04.2017 | Nom du medecin/ XXX |

**CADRE RESERVE A LA DIRECTION AFFAIRES MEDICALES SANOFI
PASTEUR OP. VACCINS**

FORMULAIRE COMPLET et CLAIR

- Demande honorée et kit en cours de livraison
- Demande non honorée Préciser la raison :

FORMULAIRE INCOMPLET ou ILLISIBLE

Copie du formulaire renvoyée au médecin ou à la pharmacie avec demande de clarifier ou de contacter l'information médicale au 0 800 55 56 58