

Retourner par courriel à : [gestion.vaccins.dvpd.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gestion.vaccins.dvpd.cissslau@ssss.gouv.qc.ca)  
et joindre au colis lors du retour

Date :				
Établissement :				
Code de dépôt :		Retourné par :		
Adresse :				
Téléphone :		Poste :	Courriel :	
Nom du produit à retourner		Lot	Date d'expiration	Quantité en doses

**IMPORTANT** : Tout retour de vaccins doit préalablement avoir été autorisé par la DVPD

Vous assurez que le dépôt receveur est disposé à recevoir le retour (date et heure de retour planifié conjointement)

Effectuer le retour en vous assurant un maintien de la chaîne de froid.

Aviser la personne recevant le retour de mettre rapidement les produits au réfrigérateur.



À l'attention du dépôt receveur			
Reçu par :		Date :	Heure :
Chaîne de froid préservée ?	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>	*contacter la DVPD

À l'attention du DDR			
Reçu par :		Date :	Heure :
Chaîne de froid préservée ?	Oui : <input type="checkbox"/>	Non : <input type="checkbox"/>	*contacter la DVPD