

## **Demande de kit Vaccin diphtérique et tétanique adsorbé (DT) + Imovax Polio**

- 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 :**

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. Vaccin diphtérique et tétanique adsorbé ne devrait être utilisé qu'en cas de contre-indication à la valence coquelucheuse.

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.anism.sante.fr](http://www.anism.sante.fr)**

# Formulaire de demande de kit DT + Imovax polio

## Pour les enfants âgés de moins de 7 ans

Destinataire : Direction Affaires Médicales Sanofi Pasteur France

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

Date :

### CADRE RESERVE AU MEDECIN PRESCRIPTEUR

(à compléter en LETTRES MAJUSCULES)

NOM DU MEDECIN :

ADRESSE :

CP :

VILLE :

NUMERO DE TELEPHONE :

E-MAIL :

#### BESOIN MEDICAL

L'enfant à vacciner a un âge < 7 ans :       oui       non

*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 :

**CADRE RESERVE A LA DIRECTION AFFAIRES MEDICALES SANOFI PASTEUR FRANCE**

1. FORMULAIRE COMPLET et CLAIR

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

2. 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