



Annex 11

Sol·licitud de vacunes de la Campanya de Grip/Nirsevimab

Nom del centre:

Data de sol·licitud:

Sol·licitant

Nom i llinatges:

Correu electrònic:

Telèfon de contacte:

<i>Vacuna</i>	<i>Nom comercial</i>	<i>Dosis sol·licitades</i>	<i>Estoc 1¹</i>	<i>Lot 1</i>	<i>Estoc 2¹</i>	<i>Lot 2</i>	<i>Dosis retornades</i>
Grip	Flucelvax						
	Fluenz						
	Vaxigrip						
VRS Nirsevimab	Fluad						
	Eflueda						
	Beyfortus 50 mg						
	Beyfortus 100 mg						

Observacions

¹ S'han d'emprar les vacunes subministrades, prioritzant les de caducitat més primerenca.

² Indica en observacions el motiu de la devolució (caducitat, trencament de la cadena de fred).