

**DEMANDE DE PROPHYLAXIE DE L'INFECTION PAR LE VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL SYNAGIS®
FORMULAIRE B – INDICATIONS NON PRÉAPPROUVÉES**

Adresse d'expédition de la première dose (si différente de l'adresse indiquée à la section B) :	Adresse d'expédition des doses subséquentes (si connue) :
Personne-ressource :	Personne-ressource :

C. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU MÉDECIN TRAITANT

Diagnostic (veuillez fournir des informations détaillées) : _____

D. OPINION DU MÉDECIN EXPERT

APPROUVÉ Diagnostic : _____

REFUSÉ Commentaires : _____

Pour les demandes de SYNAGIS®, veuillez faire parvenir ce formulaire dûment complété au Coordonnateur des soins SYNAGIS® de la Corporation AstraZeneca par télécopieur au 1-833-397-2357 ou par courriel à enrollment@AZInfantPSP.ca