



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

Adresse d'expédition de la <b>première dose</b> (si différente de l'adresse indiquée à la section B) :	Adresse d'expédition des <b>doses subséquentes</b> (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](mailto:enrollment@AZInfantPSP.ca)**