

**Antitoxin Release form /
Formulaire d'autorisation d'antitoxine**

Notify McKesson Canada Customer service by phone /
Aviser le service à la clientèle de McKesson Canada au
1-866-325-7883.

Following phone notification send completed form by fax to /
Après l'avis téléphonique, envoyer le formulaire rempli par télécopieur au
506-861-0868.

<p>Completed by / Rempli par : <i>Contact information / Coordonnées</i></p> <p>Name / Nom :</p> <p>Telephone / Téléphone :</p> <p>Fax / Télécopieur :</p> <p>Date :</p> <p>MOH approving release / MH donnant l'autorisation :</p>	<p>Ship to / Envoyer à : <i>Please provide a contact name and physical address when submitting the fax request / Veuillez fournir le nom d'une personne-ressource et une adresse de voirie lorsque vous soumettez la demande par télécopieur.</i></p> <p>Name / Nom :</p> <p>Telephone / Téléphone :</p> <p>Street Address / Adresse de voirie :</p>
---	---

<p>Instructions / Directives :</p> <p><input type="checkbox"/> McKesson's regular delivery schedule (Monday – Friday) / Calendrier de livraison régulier de McKesson (lundi au vendredi)</p> <p><input type="checkbox"/> Bus / Autobus</p> <p><input type="checkbox"/> Taxi</p> <p><input type="checkbox"/> Pick up / Ramassage</p> <p><input type="checkbox"/> Courier / Messagerie</p> <p><input type="checkbox"/> Other / Autre</p>

Antitoxins Requested / Antitoxines demandées :*To be completed by the person requesting the product / À remplir par la personne demandant le produit.* Diphtheria Antitoxin /
Antitoxine diphtérique Number of packages /
Nombre de paquets : Botulism Antitoxin /
Antitoxine botulinique Number of Vials /
Nombre de flacons :**Antitoxins Released / Antitoxines autorisées :***To be completed by McKesson Canada staff only / À remplir uniquement par le personnel de McKesson Canada.*

<input type="checkbox"/> Diphteria Antitoxin / Antitoxine diphtérique	Lot # / N° de lot	# of packages / Nombre de paquets :
<input type="checkbox"/> Botulism Antitoxin / Antitoxine botulinique	Lot # / N° de lot	# of vials / Nombre de flacons :
Filled by / Rempli par :		Date :
Time shipped out / Moment de l'envoi :		Expected arrival time / Date de livraison prévue :

Requester signature /
Signature du demandeur :

Date :

McKesson signature /
Signature de McKesson :

Date :

Receiver signature /
Signature du destinataire :

Date :

NOTE / REMARQUE :

- 1) PH will complete applicable sections to request DAT or BAT and fax form to McKesson / SP remplira les sections applicables pour faire la demande d'antitoxine diphtérique ou d'antitoxine botulinique, et elle enverra le formulaire à McKesson par télécopieur.
- 2) McKesson rep will complete information and form will accompany DAT or BAT / Un représentant de McKesson ajoutera les autres renseignements et le formulaire accompagnera l'antitoxine diphtérique ou l'antitoxine botulinique
- 3) On receipt of DAT or BAT, receiver will sign and fax form to McKesson / À la réception de l'antitoxine diphtérique ou de l'antitoxine botulinique, le destinataire signera et enverra le formulaire à McKesson par télécopieur.