

hpv3

Programme cantonal de rattrapage vaccinal  
contre les papillomavirus

Kantonales Programm zur Nachimpfung  
gegen Papillomaviren

## **Déclaration d'injections chez le médecin traitant**

*Jeunes de 15 à 26 ans (y compris)*



## **Deklaration der Injektionen in der Praxis des behandelnden Arztes**

*Junge Menschen im Alter von 15 bis 26 Jahren (einschließlich)*

Période/ Zeitraum : **01.01.2022-31.07.2022**

Nombre d'injections dans le cadre du programme de rattrapage /  
Anzahl Injektionen in der Nachimpf-Kampagne \_\_\_\_\_

Nombre de doses perdues (doses échues, périmées, injection hors âge programme, ...) /  
Anzahl der Verluste (abgelaufene Dosen, Verfallsdatum, Injektion nicht im Programm ...) \_\_\_\_\_

Stock à la date d'envoi du formulaire /  
Lagerbestand zum Zeitpunkt der Absendung des Formulars \_\_\_\_\_

### **Coordonnées du médecin/ Kontaktdaten des Arztes :**

Nom/Name : .....Prénom/Vorname : .....

Adresse/Adresse : .....  
.....

Date : ..... Timbre et signature :

\*Refacturées semestriellement au prix hors programme /  
\*Halbjährliche Rechnungsstellung zum Preis außerhalb des Programms

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Formulaire à renvoyer par le médecin semestriellement (ou sur demande) à PSV</li><li>2. Veuillez joindre la liste des patients au verso (faire des copies si nécessaire)</li></ol> |
|---|



- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. Formular, das der Arzt alle sechs Monate (oder auf Anfrage) an das GFW zurückschicken muss.</li><li>2. Bitte fügen Sie die Patientenliste auf der Rückseite (ggf. Kopien anfertigen) oder die Excel-Tabelle bei.</li></ol> |
|---|

