

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 : **01.01.2023-31.07.2023**

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

1. Formulaire à renvoyer par le médecin semestriellement (ou sur demande) à PSV 2. Veuillez joindre la liste des patients au verso (faire des copies si nécessaire)
--



1. Formular, das der Arzt alle sechs Monate (oder auf Anfrage) an das GFW zurückschicken muss. 2. Bitte fügen Sie die Patientenliste auf der Rückseite (ggf. Kopien anfertigen) oder die Excel-Tabelle bei.
--

