*Campagne de rattrapage HPV en cabinet privé*

## Commande de vaccins □Gardasil®□ Cervarix

***Commande effectuée par le médecin :****(utiliser le formulaire détaillé hpv7 lors de votre 1ère commande)*

Nom : ................................................... Prénom :

Adresse complète :

**Liste des patients à vacciner**

Rappel : 2 doses (0 - 6 mois avec min. 4 mois d’intervalle) si la 1ère dose est administrée avant le 15ème anniv.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Prénom** | **Date de naissance**(entre 1992 et 2003) | **Canton de domiciliation** | **Nombre de doses** |
| 1.  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |

**Ces personnes ne doivent pas être inscrites sur des commandes précédentes !**

Adresse de livraison (si différente adresse ci-dessus):

**Jour de fermeture du cabinet (important !) :**

Date de la commande : Timbre et signature :

La prochaine commande sera livrée dès que votre stock sera inférieur à 6 doses.

**Merci de renvoyer ou de faxer ce bulletin 10 jours à l’avance à l’adresse ci-dessous :**

Promotion Santé Valais

Rue des Condémines 14 - 1951 Sion

Tél. 027 329 04 29 - **Fax 027 566 52 26**

sante.scolaire@psvalais.ch – [www.santescolaire-vs.ch](http://www.santescolaire-vs.ch)

**Les commandes s'effectuent uniquement auprès dePSV.**

Les livraisons se font **au minimum pour 2 ou 3 doses.**

Les doses ne peuvent être ni reprises ni échangées.