



Formulaire de demande de vaccin contre le virus du papillome humain (VPH) pour les personnes présentant un risque élevé

Vaccin demandé:

Description	Nombre (en doses)	Dose demandée
Gardasil 9 ^{MD} (VPH9) (pour clients qui n'ont pas reçu de doses précédentes)	1 x 0,5 ml	

Les clients doivent satisfaire aux critères suivants :

- Être âgé de 26 ans ou moins** et s'identifier comme personne gaie ou bisexuelle, ou comme un homme ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH) (personnes transgenres comprises, particulièrement celles s'identifiant comme HARSAH).

Numéro de dossier du client : _____

Date de naissance (aaaa/mm/jj) : _____ Homme : Femme :

Dose demandée : dose 1: dose 2: dose 3:

Date d'injection des doses précédentes (aaaa/mm/jj) : dose 1 : _____ dose 2 : _____

* Date du rendez-vous (La demande ne sera pas approuvée sans date de rendez-vous.)

(aaaa/mm/jj) : _____

Nom du fournisseur de soins de santé : _____

Date de la demande (aaaa/mm/jj) : _____

Adresse du fournisseur de soins de santé : _____

Veuillez nous faire parvenir le formulaire par télécopieur : 613-580-2783 ou par courriel vaccine@ottawa.ca

Section RÉSERVÉE au personnel de la salle des vaccins

Date du vaccin : _____

Vaccin : _____ Numéro de lot : _____

Rempli par: _____

Révisé en mars 2019