

**DEMANDE DE RAPPORT ANNUEL DE GROSSESSES POUR GARDASIL®**

**Vaccin Papillomavirus Humain [types 6, 11, 16, 18] (Recombinant adsorbé)**

Pour demander un Rapport Annuel de Grossesses pour Gardasil®, veuillez remplir le formulaire ci-dessous et le retourner par courrier à :

**Sanofi Pasteur MSD  
Pharmacovigilance Department –Registre Grossesses  
8, rue Jonas Salk  
69367 LYON CEDEX 07**

ou par fax au : **0805.858.848**

Nom .....

Prénom .....

Titre .....

Spécialité .....

Affiliation / Institution .....

Adresse .....

Ville .....

Code postal .....

Téléphone .....

Fax .....

**Merci de votre intérêt au programme Registre Grossesses  
de Sanofi Pasteur MSD**