

Nom:

Prénom:

Date de naissance:

Une ligne par vaccin; indiquez tous ses composants au moyen d'une croix (X) *Vaccination complémentaire

Vaccinations de base (état 2005)

Vaccins

Nom commercial

Fabricant

No du lot

Date

Diphtérie - Diphtéria

Tétanos - Tétanus

Coqueluche - Pertussis

Poliomyélite - Polio

Haémophilus influenzae (Hib)

Hépatite B - Hépatitis B

Hépatite A - Hépatitis A**

Rougeole - Measles

Oreillons - Mumps

Rubéole - Rubella

...

Timbre/Signature

Observations importantes relatives aux vaccinations:

Anamnèse de réaction anaphylactique? Contre-indication? Effets indésirables à une vaccination?

Diagnostic de varicelle en date du:

Timbre/Signature: