

CARNET DE VACCINATION



Québec 

La vaccination, la meilleure protection

Le présent carnet de vaccination est précieux.

C'est le seul document où sont consignés tous les vaccins reçus.
Il est important de le conserver durant toute votre vie et de le tenir à jour.
Apportez-le à chaque visite médicale.

**Il est important de respecter le calendrier de vaccination afin
d'obtenir une meilleure protection. Prenez rendez-vous aux
âges recommandés afin d'éviter les retards.**

IDENTIFICATION

Nom :

Prénom :

Date de naissance : ANNÉE / MOIS / JOUR

Sexe : Masculin

Féminin

Numéro d'assurance maladie :

Nom de la mère :

Prénom de la mère :

Nom du père :

Prénom du père :

Numéro de téléphone actuel :
(en cas de perte du carnet)

(ÉCRIRE AU PLOMB POUR CORRIGER AU BESOIN)

| | | | |
|---|----|---|----|
| Naissance | 3 | Hépatite A et hépatite B (vaccin combiné) | 17 |
| Croissance | 4 | Hépatite A. | 17 |
| Renseignements médicaux relatifs à la vaccination | 6 | Grippe. | 18 |
| Calendrier régulier de vaccination | 8 | Test cutané à la tuberculine (TCT) | 22 |
| Diphtérie (D ou d) - Coqueluche (Ca ou ca) - Tétanos (T) - Hépatite B (HB) - Poliomyélite (VPI) - Infections à <i>Hæmophilus influenzae</i> de type b (Hib) | 10 | Tuberculose | 24 |
| Gastroentérites à rotavirus. | 12 | Rage. | 24 |
| Infections à pneumocoque. | 13 | Typhoïde. | 26 |
| Rougeole (R) - Rubéole (R) - Oreillons (O) - Varicelle (Var) | 14 | Encéphalite japonaise | 27 |
| Infections à méningocoque | 15 | Autres vaccins. | 28 |
| Hépatite B. | 16 | Immunoglobulines | 31 |
| Virus du papillome humain (VPH). | 16 | Fièvre jaune | 32 |

NAISSANCE

Lieu de naissance (localité)

Heure :

Nom de l'établissement :

Nombre de semaines de gestation :

Type d'accouchement : par voie vaginale par césarienne

Poids à la naissance : /g

Groupe sanguin :

Apgar :

Périmètre crânien : /cm

Facteur Rh :

Taille : /cm

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

À l'usage de la personne qui administre les vaccins

Renseignements médicaux relatifs à la vaccination

(ex. : allergie de type anaphylactique, manifestations cliniques après la vaccination)

Calendrier régulier de vaccination

(en date du 1^{er} septembre 2016)

Certains vaccins sont recommandés pour tous.
Ils font partie du calendrier régulier de vaccination.

8

| Vaccin qui protège contre : | À 2 mois | À 4 mois | À 6 mois | À 12 mois | À 18 mois | Entre 4 et 6 ans | 4^e année primaire | 3^e secondaire | Après 60 ans |
|---|-----------------|-----------------|--------------------------|------------------|------------------|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Diphthérie-coqueluche-tétanos-hépatite B-polio-Hib | ✓ | ✓ | ✓ (sans l'hépatite B) | | ✓ | | | | |
| Pneumocoque | ✓ | ✓ | | ✓ | | | | | ✓ (65 ans et +) |
| Rotavirus | ✓ | ✓ | | | | | | | |
| Grippe (automne-hiver) | | | ✓* | | | | | | ✓ |
| Méningocoque C | | | | ✓ | | | | ✓ | |

* Dès l'âge de 6 mois ou dès que le vaccin est disponible (automne-hiver), puis chaque année jusqu'à l'âge de 2 ans.

Calendrier régulier de vaccination (suite)

(en date du 1^{er} septembre 2016)

| Vaccin qui protège contre : | À 2 mois | À 4 mois | À 6 mois | À 12 mois | À 18 mois | Entre 4 et 6 ans | 4 ^e année primaire | 3 ^e secondaire | Après 60 ans |
|--|----------|----------|----------|-----------|-----------|------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------|
| Rougeole-rubéole-oreillons | | | | ✓ | ✓ | | | | |
| Varicelle | | | | | ✓ | ✓ | | | |
| Diphtérie-coqueluche-tétanos-polio* | | | | | | ✓ | | ✓ (sans la polio) | |
| Hépatite B (le vaccin utilisé protège aussi contre l'hépatite A) | | | | | | | ✓ | | |
| Virus du papillome humain | | | | | | | ✓ | | |

* Une dose du vaccin dcaT est aussi indiquée pour tous les adultes. Par la suite, un rappel est nécessaire tous les 10 ans pour la diphtérie et le tétanos.

D'autres vaccins peuvent être recommandés en raison de l'état de santé, du travail, des activités ou d'un voyage.

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Infections à pneumocoque

Date

(an/mois/jour)

Nom du vaccin

(en lettres moulées)

Dose/voie adm.

Signature

| Date (an/mois/jour) | Nom du vaccin (en lettres moulées) | Dose/voie adm. | Signature |
|------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Infections à méningocoque

Date

(an/mois/jour)

Nom du vaccin

(en lettres moulées)

Dose/voie adm.

Signature

| Date (an/mois/jour) | Nom du vaccin (en lettres moulées) | Dose/voie adm. | Signature |
|------------------------|---------------------------------------|----------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Hépatite B

| Date <small>(an/mois/jour)</small> | Nom du vaccin <small>(en lettres moulées)</small> | Dose/voie adm. | Signature |
|--|---|-----------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Virus du papillome humain (VPH)

| Date <small>(an/mois/jour)</small> | Nom du vaccin <small>(en lettres moulées)</small> | Dose/voie adm. | Signature |
|--|---|-----------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Hépatite A et hépatite B (vaccin combiné)

| Date <small>(an/mois/jour)</small> | Nom du vaccin <small>(en lettres moulées)</small> | Dose/voie adm. | Signature |
|--|---|-----------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Hépatite A

| Date <small>(an/mois/jour)</small> | Nom du vaccin <small>(en lettres moulées)</small> | Dose/voie adm. | Signature |
|--|---|-----------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Test cutané à la tuberculine (TCT)

Date
(an/mois/jour)

Dose/voie adm.

Signature

Date de la lecture

Réaction (en mm)

Signature

Date
(an/mois/jour)

Dose/voie adm.

Signature

Date de la lecture

Réaction (en mm)

Signature

Date
(an/mois/jour)

Dose/voie adm.

Signature

Date de la lecture

Réaction (en mm)

Signature

Date
(an/mois/jour)

Dose/voie adm.

Signature

Date de la lecture

Réaction (en mm)

Signature

Tuberculose

| Date <small>(an/mois/jour)</small> | Nom du vaccin <small>(en lettres moulées)</small> | Dose/voie adm. | Signature |
|--|---|-----------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Rage

| Date <small>(an/mois/jour)</small> | Nom du vaccin <small>(en lettres moulées)</small> | Dose/voie adm. | Signature |
|--|---|-----------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Typhoïde

Date

(an/mois/jour)

Nom du vaccin

(en lettres moulées)

Dose/voie adm.**Signature**

Encéphalite japonaise

Date

(an/mois/jour)

Nom du vaccin

(en lettres moulées)

Dose/voie adm.

Signature

Autres vaccins

Date

(an/mois/jour)

Nom du vaccin

(en lettres moulées)

Dose/voie adm.**Signature**

Vaccin contre : _____

Vaccin contre : _____

Vaccin contre : _____

Vaccin contre :

Vaccin contre :

Vaccin contre :

Vaccin contre :

Autres vaccins

Date

(an/mois/jour)

Nom du vaccin

(en lettres moulées)

Dose/voie adm.**Signature**

Vaccin contre : _____

Vaccin contre : _____

Vaccin contre : _____

Immunoglobulines

Date

(an/mois/jour)

Nom du vaccin

(en lettres moulées)

Dose/voie adm.

Signature

Immunoglobulines contre :

Immunoglobulines contre :

Immunoglobulines contre :

Fièvre jaune

Certificat international
de vaccination ou de prophylaxie
à brocher dans cette zone.



