

# 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 : (ÉCRIRE AU PLOMB POUR CORRIGER AU BESOIN)  
(en cas de perte du carnet)

---

|   |    |   |    |
|---|----|---|----|
| 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) -<br>Hépatite B (HB) - Poliomyélite (VPI) - Infections à <i>Hæmophilus influenzae</i><br>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











# Calendrier régulier de vaccination

(en date du 1<sup>er</sup> juin 2019)

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

8

| <b>Vaccin qui protège contre :</b>                       | <b>À 2 mois</b> | <b>À 4 mois</b> | <b>À 12 mois</b>       | <b>À 18 mois</b> | <b>Entre 4 et 6 ans</b> | <b>4<sup>e</sup> année primaire</b> | <b>3<sup>e</sup> secondaire</b> | <b>Après 50 ans</b> |
|--|-----------------|-----------------|------------------------|------------------|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| <b>Diphtérie-coqueluche-tétanos-hépatite B-polio-Hib</b> | ✓               | ✓               | ✓<br>(sans hépatite B) |                  |                         |                                     |                                 |                     |
| <b>Pneumocoque</b>                                       | ✓               | ✓               | ✓                      |                  |                         |                                     |                                 | ✓<br>(65 ans et +)  |
| <b>Rotavirus</b>   | ✓               | ✓               |                        |                  |                         |                                     |                                 |                     |
| <b>Grippe (automne-hiver)</b>                            |                 |                 |                        |                  |                         |                                     |                                 | ✓<br>(75 ans et +)  |
| <b>Méningocoque C</b>                                    |                 |                 | ✓                      |                  |                         |                                     | ✓                               |                     |

# Calendrier régulier de vaccination (suite)

(en date du 1<sup>er</sup> juin 2019)

| <b>Vaccin qui protège contre :</b>   | <b>À 2 mois</b> | <b>À 4 mois</b> | <b>À 12 mois</b> | <b>À 18 mois</b> | <b>Entre 4 et 6 ans</b> | <b>4<sup>e</sup> année primaire</b> | <b>3<sup>e</sup> secondaire</b> | <b>Après 50 ans</b> |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------|
| Rougeole-rubéole-oreillons-varicelle |                 |                 | ✓                | ✓                |                         |                                     |                                 |                     |
| Diphtérie-coqueluche-tétanos-polio   |                 |                 |                  |                  | ✓                       |                                     |                                 |                     |
| Diphtérie-tétanos                    |                 |                 |                  |                  |                         |                                     | ✓                               | ✓                   |
| Hépatite A-hépatite B                |                 |                 |                  | ✓                |                         |                                     |                                 |                     |
| Virus du papillome humain            |                 |                 |                  |                  |                         | ✓                                   |                                 |                     |

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





# Infections à méningocoque

**Date**

(an/mois/jour)

**Nom du vaccin**

(en lettres moulées)

**Dose/voie adm.**

**Signature**

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

# Hépatite B

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

# Virus du papillome humain (VPH)

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

## Hépatite A et hépatite B (vaccin combiné)

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

## Hépatite A

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



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



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

# 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

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

# Rage

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



# 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**

| Date<br>(an/mois/jour) | Nom du vaccin<br>(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.



