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)

Table des matières

Naissance 3

Croissance 4

Renseignements médicaux relatifs à la vaccination 6

Diphtérie (D ou d) – Coqueluche (Ca ou ca) – Tétanos (T) – Hépatite B (HB) – Poliomyélite (VPI) – Infections à *Hæmophilus influenzæ* de type b (Hib) 8

Gastroentérites à rotavirus 10

Infections à pneumocoque 11

Rougeole (R) – Rubéole (R) – Oreillons (O) – Varicelle (Var) 12

Infections à méningocoque 13

Hépatite A et hépatite B (vaccin combiné) 14

Hépatite A 14

Hépatite B 15

Virus du papillome humain (VPH) 15

Virus respiratoires (ex. : Grippe, COVID-19, infection par le virus respiratoire syncytial) 16

Zona 20

Test cutané à la tuberculine (TCT) 21

Tuberculose 23

Rage 23

Autres vaccins 25

Immunoglobulines et anticorps monoclonaux 29

Voyageurs (ex. : typhoïde, encéphalite japonaise) 30

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
Dépistage auditif initial : ☐ Réussite ☐ À refaire en externe		☐ Non fait
Reprise en externe : ☐ Réussite ☐ Réussite avec surveillance		☐ Évaluation en audiologie

CROISSANCE (observations du professionnel de la santé)

Date (an/mois/jour)	Âge	Poids/percentile (en g ou en kg)	Taille/percentile (en cm)	Périmètre crânien (en cm)

Renseignements médicaux relatifs à la vaccination

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

Diphtérie (D ou d) - Coqueluche (Ca ou ca) - Tétanos (T) - Hépatite B (HB) - Poliomyélite (VPI) - Infections à *Hæmophilus influenzæ* de type b (Hib)

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

Gastroentérites à rotavirus

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

Infections à pneumocoque

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

Rougeole (R) - Rubéole (R) - Oreillons (O) - Varicelle (Var)

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**

Hépatite A et hépatite B (vaccin combiné)

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

Hépatite A

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

Hépatite B

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

Virus du papillome humain (VPH)

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

Virus respiratoires (ex. : Grippe, COVID-19, infection par le virus respiratoire syncytial)

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

Virus respiratoires (ex. : Grippe, COVID-19, infection par le virus respiratoire syncytial)

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

Zona

Date (an/mois/jour)	Nom du vaccin (en lettres moulées)	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**

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**

Tuberculose

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

Rage

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

Rage

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 :		

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 et anticorps monoclonaux

Date (an/mois/jour)	**Nom du produit** (en lettres moulées)	**Dose/voie adm.**	**Signature**
	Immunoglobulines/anticorps monoclonaux contre :		
	Immunoglobulines/anticorps monoclonaux contre :		
	Immunoglobulines/anticorps monoclonaux contre :		

Voyageurs (ex. : typhoïde, encéphalite japonaise)

Date (an/mois/jour)	**Nom du vaccin** (en lettres moulées)	**Dose/voie adm.**	**Signature**
	Vaccins contre :		
	Vaccins contre :		
	Vaccins contre :		

Voyageurs (ex. : typhoïde, encéphalite japonaise)

Date (an/mois/jour)	**Nom du vaccin** (en lettres moulées)	**Dose/voie adm.**	**Signature**
	Vaccins contre :		
	Vaccins contre :		
	Vaccins contre :		

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

© Gouvernement du Québec, 2025

24-278-38FA

Santé
et Services sociaux
Québec

À CONSERVER.
Apportez-le à chaque visite médicale.