CARNET DE VACCINATION

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 POU (en cas de perte du carnet)	R CORRIGER AU BESOIN)

Table des matières

Naissance	Virus du papillome humain (VPH)15
Croissance	Virus respiratoires (ex.: Grippe, COVID-19, infection par le virus
Renseignements médicaux relatifs à la vaccination	respiratoire syncytial)
Diphtérie (D ou d) – Coqueluche (Ca ou ca) – Tétanos (T) –	Zona
Hépatite B (HB) – Poliomyélite (VPI) – Infections à	Test cutané à la tuberculine (TCT)
Hæmophilus influenzæ de type b (Hib)	Tuberculose
Gastroentérites à rotavirus10	Rage23
Infections à pneumocoque	Autres vaccins
Rougeole (R) – Rubéole (R) – Oreillons (O) – Varicelle (Var)	Immunoqlobulines et anticorps monoclonaux
Infections à méningocoque	
Hépatite A et hépatite B (vaccin combiné)	Voyageurs (ex.: typhoïde, encéphalite japonaise)
Hépatite A	Fièvre jaune32
•	
Hépatite B	

NAISSANCE

Lieu de naissance (localité)				Heure:
Nom de l'établissement:				
Nombre de semaines de gestation :				
Type d'accouchement:	par voi	e vaginale	□ par césarienne	
Poids à la naissance:	/g	Groupe s	anguin:	Apgar:
Périmètre crânien:	mètre crânien: /cm Facteur Rh:		Taille: /cm	
Dépistage auditif initial :	□ Réi	ussite	□ À refaire en externe	□ Non fait
Reprise en externe :	□ Réi	ussite	□ 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
		•		-
		·	·	·



Renseignements	médicaux	relatifs à	ı la	vaccination
J				

(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)

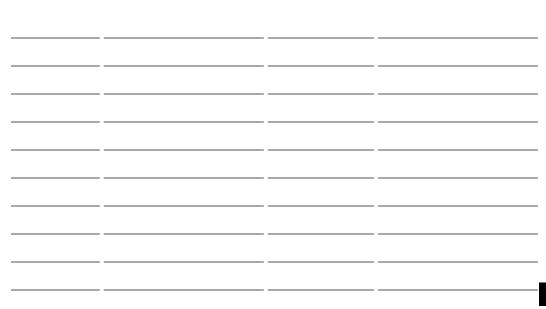
Doce/voie adm

Cianatura

Data

Nom du vaccin

(an/mois/jour)	(en lettres moulées)	DUSE/VUIE auiii.	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)

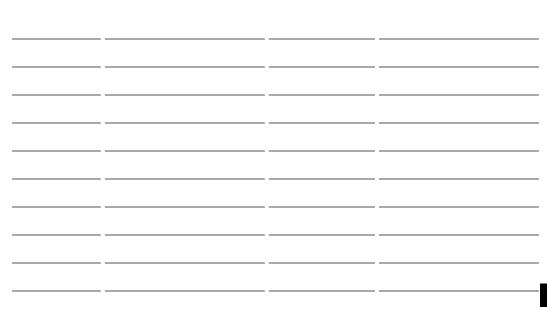
Date (an/mois/jour)	Nom du vaccin (en lettres moulées)	Dose/voie adm.	Signature
	_		
Hépatite A			
Date (an/mois/jour)	Nom du vaccin (en lettres moulées)	Dose/voie adm.	Signature
	_		_

Hépatite B

Date (an/mois/jour)	Nom du vaccin (en lettres moulées)	Dose/voie adm.	Signature	
			_	
Virus du p	oapillome humain (VP	'H)		
Virus du p Date (an/mois/jour)	Dapillome humain (VP Nom du vaccin (en lettres moulées)	PH) Dose/voie adm.	Signature	
Date	Nom du vaccin	•	Signature 	

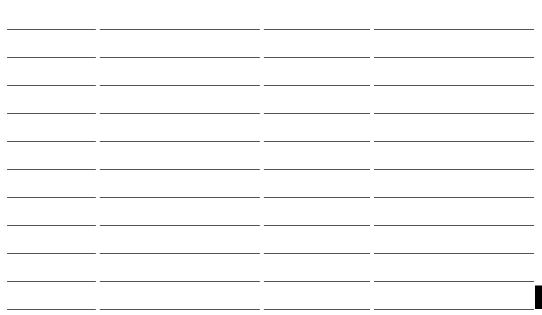
Virus respiratoires (ex.: Grippe, COVID-19, infection par le virus respiratoire syncytial)

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:		-
	vacon contro.		
	_		
	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:	•	_
	vacom condo.		
			_
	Vaccin contre:		

Immunoglobulines et anticorps monoclonaux

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

Voyageurs (ex.: typhoïde, encéphalite japonaise)

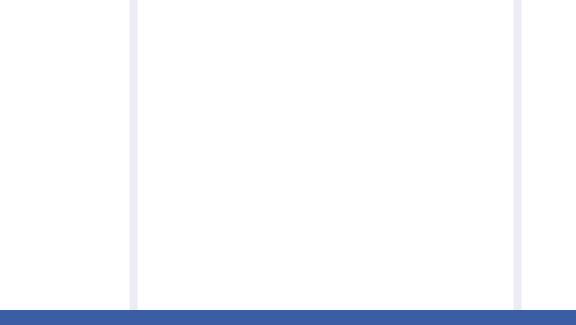
Date (an/mois/jour)	Nom du vaccin (en lettres moulées)	Dose/voie adm.	Signature
			_
	Vaccins contre:		
			-
	Vaccins contre:		
	Vaccins contre :		
	vaccins contro.		

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:		

Fièvre jaune

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





À CONSERVER.

Apportez-le à chaque visite médicale.