

КАРТА ВАКЦИНАЦИИ

Личный медицинский номер (Care Card): # _____

Фамилия, имя: _____ Пол: М__ Ж__ Дата рождения: ____/____/____
Фамилия Имя Имя, взятое в Канаде (если оно другое) ДД ММ ГГ

ПРИВИВКИ	Страна, где были сделаны прививки _____						
	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ	ДД/ММ/ГГ
ДИФТЕРИЯ-КОКЛЮШ-СТОЛБНЯК (АКДС) DIPHTHERIA-PERTUSSIS-TETANUS (DPT)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ДИФТЕРИЯ-СТОЛБНЯК DIPHTHERIA-TETANUS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ПОЛИОМИЕЛИТ POLIO	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ГРИПП ТИП В НАЕМОPHILUS INFLUENZAE B (H1B)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
КОРЬ-СВИНКА-КРАСХУХА MEASLES-MUMPS-RUBELLA (MMR)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
КОРЬ MEASLES (RUBEOLA)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
КРАСХУХА RUBELLA (GERMAN MEASLES)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
СВИНКА MUMPS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ГЕПАТИТ В HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ГЕПАТИТ А HEPATITIS A	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
МЕНИНГОКОККОВАЯ ВАКЦИНА Полисахаридная Тип _____ MENINGOCOCCAL Polysaccharide Type _____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
МЕНИНГОКОККОВАЯ ВАКЦИНА Конъюгированная Тип _____ MENINGOCOCCAL Conjugate Type _____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ПНЕВМОКОККОВАЯ ВАКЦИНА Полисахаридная Тип _____ PNEUMOCOCCAL Polysaccharide Type _____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ПНЕВМОКОККОВАЯ ВАКЦИНА Конъюгированная Тип _____ PNEUMOCOCCAL Conjugate Type _____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ВЕТРЯНАЯ ОСПА (ВЕТРЯНКА) VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ЯПОНСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ JAPANESE ENCEPHALITIS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
БЦЖ BCG	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Прочие Other	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /