

DOSSIER D'IMMUNISATION

Numéro de carte santé (Care Card) : n° _____

Nom : _____ Sexe : M ___ F ___ Date de naissance : _____
Nom de famille Prénom(s) Nom canadien (si différent) JJ / MM / AA

IMMUNISATION	Pays où les vaccins ont été administrés _____						
	JJ/MM/AA	JJ/MM/AA	JJ/MM/AA	JJ/MM/AA	JJ/MM/AA	JJ/MM/AA	JJ/MM/AA
DIPHTHÉRIE COQUELUCHE TÉTANOS (DCT) DIPHTHERIA PERTUSSIS TETANUS (DPT)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DIPHTHÉRIE TÉTANOS DIPHTHERIA TETANUS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
POLIOMYÉLITE POLIO	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B (HIB) HAEMOPHILUS INFLUENZAE B (HIB)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ROUGEOLE OREILLONS RUBÉOLE (ROR) MEASLES MUMPS RUBELLA (MMR)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ROUGEOLE MEASLES (RUBEOLA)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
RUBÉOLE RUBELLA (GERMAN MEASLES)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
OREILLONS MUMPS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HÉPATITE B HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HÉPATITE A HEPATITIS A	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Polysaccharide MÉNINGOCOCCIQUE Type _____ MENINGOCOCCAL Polysaccharide Type _____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Conjugué MÉNINGOCOCCIQUE Type _____ MENINGOCOCCAL Conjugate Type _____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Polysaccharide PNEUMOCOCCIQUE Type _____ PNEUMOCOCCAL Polysaccharide Type _____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Conjugué PNEUMOCOCCIQUE Type _____ PNEUMOCOCCAL Conjugate Type _____	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VARICELLE VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
ENCÉPHALITE JAPONAISE JAPANESE ENCEPHALITIS	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
BCG	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Autre Other	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

www.niagararegion.ca