

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 : / /

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 :
(en cas de perte du carnet)

Table des matières

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
Diphthérie (D ou d) - Coqueluche (Ca ou ca) - Tétanos (T) - Hépatite B (HB) - Poliomyélite (VP) - Infections à <i>Haemophilus influenzae</i> de type b (Hib).....	10	Tuberculose.....	24
Gastroentérites à rotavirus.....	12	Page.....	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	Immuno-globulines.....	31
Virus du papillome humain (VPH).....	16	Fèvre jaune.....	32

NAISSANCE

CISSES Des L'annonciés

Lieu de naissance (localité)

290, rue De Montigny

Heure :

Saint-Jérôme, Qc

Nom de l'établissement :

JZZ 5T3

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

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

Calendrier régulier de vaccination

(en date du 1^{er} septembre 2020)

Vaccin qui protège contre :	À 2 mois		À 4 mois		À 12 mois		À 18 mois		Entre 4 et 6 ans		4 ^e année primaire		3 ^e secondaire		Après 50 ans	
	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Diphtérie-coqueluche-tétanos-hépatite B-polio-Hib	✓	✓	✓	✓	✓	(sans hépatite B)	✓									
Pneumocoque	✓	✓	✓	✓												✓ (55 ans et +)
Rotavirus	✓	✓														✓ (75 ans et +)
Grippe (automne-hiver)																
Méningocoque C							✓									✓

Calendrier régulier de vaccination (suite)

(en date du 1^{er} septembre 2020)

Vaccin qui protège contre :	À 2 mois		À 4 mois		À 12 mois		À 18 mois		Entre 4 et 6 ans		4 ^e année primaire		3 ^e secondaire		Après 50 ans	
	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Rougeole-tuberculose-oreillons-varicelle					✓		✓									
Diphtérie-coqueluche-tétanos-polio									✓							
Diphtérie-tétanos										✓						
Hépatite A-hépatite B											✓					
Virus du papillome humain*												✓				✓

* Depuis septembre 2020, la 1^{re} dose est administrée en 4^e année du primaire et la 2^e dose en 3^e année du secondaire.

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

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

Infections à méningocoque

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

Hépatite B

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

Virus du papillome humain (VPH)

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

Hépatite A et hépatite B (vaccin combiné)

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

Hépatite A

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

Test cutané à la tuberculine (TCT)

Date
(en/mois/jour)

Dose/voie adm.

Signature

Date de la lecture

Réaction (en mm)

Signature

Date
(en/mois/jour)

Dose/voie adm.

Signature

Date de la lecture

Réaction (en mm)

Signature

Date
(en/mois/jour)

Dose/voie adm.

Signature

Date de la lecture

Réaction (en mm)

Signature

Date
(en/mois/jour)

Dose/voie adm.

Signature

Date de la lecture

Réaction (en mm)

Signature

