



N°12594\*01

Certificat de vaccination n°1

Nom : .....

Prénom : ..... Né(e) le : jour mois an

**Vaccination antituberculeuse : B.C.G.**

Date	Intradermoréaction pré vaccinale à la tuberculine	Lot	Date de lecture	Résultat <i>En mm d'induration</i>	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

Date	Vaccin <i>Dose</i>	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

**PAS OBLIGATOIRE****Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (pertussis), l'*Haemophilus influenzae* b\***

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)
3 injections	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INFANRIX 5 / PENTAVAC</li> <li>• INFANRIX 6 / HEXYON / VAXELIS (+ hépatite B)</li> </ul>		
	Sont incomplets REPEVAX / REVAXIS / INFANRIX 4		

\* En cas d'utilisation d'un vaccin hexavalent, inscrire la valence hépatite B page 92.

**Vaccination contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche (pertussis), l'*Haemophilus influenzae* b\***  
**Rappels**Le 1<sup>er</sup> rappel est effectué à l'âge de 16-18 mois, tous les cinq ans jusqu'à l'âge de 16-18 ans, puis tous les 10 ans.\*\*

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

\* en cas d'utilisation d'un vaccin hexavalent, inscrire la valence hépatique B page 92  
\*\* voir calendrier vaccinal page 88**Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose (BCG) sont obligatoires. Un certificat de vaccination vous sera demandé lors de l'entrée de votre enfant dans une collectivité (crèche, école...).****La photocopie de cette double page a valeur de certificat de vaccination.**



N°12595\*01

Certificat de vaccination n°2

Nom : .....

Prénom : ..... Né(e) le : 
jour
mois
an

### Vaccination contre les infections invasives à pneumocoque

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)
3 injections	<ul style="list-style-type: none"> <li>PREVENAR / PNEUMOVAX / PNEUMO 23</li> </ul>		

### Vaccination contre l'hépatite B\*

Date	Vaccin, dose	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)
3 injections	<ul style="list-style-type: none"> <li>Soit avec le DTPCHib de la page 90 (INFANRIX 6 / HEXYON / VAXELIS)</li> <li>Soit ENGERIX B/ HB VAXPRO</li> </ul>		

### Vaccinations associées contre la rougeole, les oreillons et la rubéole\* (measles, mumps, rubella)

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)
2 injections	<ul style="list-style-type: none"> <li>ROR / PRIORIX / MMR VAXPRO</li> </ul>		

### Autres vaccinations

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)
2 Injections	<ul style="list-style-type: none"> <li>NEISVAC / MENJUGATE</li> </ul>		

SPÉCIMEN

\*Une vaccination par vaccin hexavalent doit être reportée ici pour la valence hépatite B.

\*Lorsqu'un enfant de 6 à 8 mois a été en contact avec un cas de rougeole, la vaccination par un vaccin monovalent est recommandée dans les 72 heures. Inscrite celle-ci dans « autres vaccinations ».