

**Dit boekje goed bewaren**

Bij elk bezoek aan de arts/Spoedeisende Hulp  
dit boekje meenemen.

**LET OP**

Dit boekje kan **niet** gebruikt worden om te reizen; daarvoor dient een internationaal vaccinatiebewijs aangevraagd te worden bij het Bureau voor Openbare Gezondheidszorg

**VACCINATIEBOEKJE  
IMMUNIZATION BOOKLET**

**REPUBLIEK SURINAME**



Nationaal Immunisatie Programma

Familienaam: \_\_\_\_\_

Voornaam: \_\_\_\_\_

Reg. nr: \_\_\_\_\_

Nat. reg. nr: \_\_\_\_\_

Uitgegeven door het  
Ministerie van Volksgezondheid

Maart 2023



In geval er bijwerkingen optreden na de vaccinatie, dit direct doorgeven en laten behandelen door de arts.

De volgende ernstige bijwerkingen moeten gemeld worden aan het BOG:

- Overlijden
- Levensbedreigende afwijkingen
- Ziekenhuisopname
- Blijvende arbeidsongeschiktheid
- Afwijkingen bij pasgeboren kind

Melding kan plaatsvinden op  
BOG Hotline nummer: 178  
of

Nationaal Immunisatie Programma  
Telefoon 439681  
Rode Kruislaan 22  
Paramaribo, Suriname

## PERSONALIA

Familienaam: \_\_\_\_\_

(Name)

Voornaam: \_\_\_\_\_

(First name)

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

(Date of birth)

Geslacht: \_\_\_\_\_

(sex)

Adres/Dorp: \_\_\_\_\_

(Place of residence)

District: \_\_\_\_\_

Folio nr: \_\_\_\_\_

ID nr: \_\_\_\_\_

Familie- en voornaam moeder:

(Name and First name mother)

\_\_\_\_\_

Familie- en voornaam vader:

(Name and First name father)

\_\_\_\_\_



## OPMERKINGEN

(NOTES)

## VACCINATIESCHEMA

(IMMUNIZATION SCHEDULE)

Leeftijd/Age	Vaccin
0 mnd/mnths	HepB
2 mnd/mnths	Pentavalent 1 & IPV 1
4 mnd/mnths	Pentavalent 2 & IPV 2
6 mnd/mnths	Pentavalent 3 & OPV 3
12 mnd/mnths	BMR 1 & GK
18 mnd/mnths	DKT 4 & OPV 4 & BMR 2
4-6 jaar/yrs	DKT 5 & OPV 5
9-13 jaar/yrs	HPV

HepB: Hepatitis B

Pentavalent: DKT (Difterie, Kinkhoest, Tetanus),  
HepB, Haemophilus influenzae type b

BMR: Bof, Mazelen, Rode Hond

GK: Gele Koorts

IPV / OPV: Inactief / Oraal Polio Vaccin

HPV: Humaan Papilloma Virus



Batch/Lot nr: _____	Batch/Lot nr: _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:
Batch/Lot nr: _____	Batch/Lot nr: _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:

<b>DKT-HepB-Hib (Pentavalent) 2</b>	<b>DKT-HepB-Hib (Pentavalent) 3</b>
Batch/Lot nr: _____	Batch/Lot nr: _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:
<b>IPV 2</b>	<b>IPV 3 / OPV 3</b>
Batch/Lot nr: _____	Batch/Lot nr: _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:

<b>DKT 4</b>	<b>DKT 5</b>
Batch/Lot nr:  _____	Batch/Lot nr:  _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:
<b>OPV 4</b>	<b>OPV 5</b>
Batch/Lot nr:	Batch/Lot nr:
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:

Batch/Lot nr:  _____	Batch/Lot nr:  _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:
Batch/Lot nr:	Batch/Lot nr:
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:



Batch/Lot nr: _____	Batch/Lot nr: _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:
Batch/Lot nr: _____	Batch/Lot nr: _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:

<b>BMR/MMR 1</b>	<b>BMR/MMR 2</b>
Batch/Lot nr: _____	Batch/Lot nr: _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:
<b>Gele Koorts/YF</b>	<b>HPV</b>
Batch/Lot nr: _____	Batch/Lot nr: _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:

Batch/Lot nr: _____	Batch/Lot nr: _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:
Batch/Lot nr: _____	Batch/Lot nr: _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:

Batch/Lot nr: _____	Batch/Lot nr: _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:
Batch/Lot nr: _____	Batch/Lot nr: _____
Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:	Naam/Name: Datum/Date: Plaats/Place:

