

Programme Elargi de Vaccination
N° _____/_____/PEV



Région sanitaire: _____

District sanitaire: _____

Centre de vaccination: _____

Nom et prénoms _____

Sexe : M F

Date de naissance / ____ / ____ / ____ / (JJ/MM/AAAA)

Provenance _____

Nom/Adresse/Contact (du parent ou du tuteur) _____

Calendrier vaccinal de l'enfant de moins d'un an et de la femme enceinte

Moment de la vaccination	Nom du vaccin à recevoir	Protection contre
CALENDRIER POUR L'ENFANT		
Dès la naissance	BCG/VP00/Hep B	Tuberculose/Polomyélite, Hépatite B
Dès 7ème semaine	DTC-HepB-Hib1/Pneumo1/VP01/ Rota 1	Diphtérie Tétanos Coqueluche
Dès 11ème semaine	DTC-HepB-Hib2/Pneumo2/VP02/ Rota 2	Hépatite virale B Infection à <i>Haemophilus influenzae type b</i>
Dès 15ème semaine	DTC-HepB-Hib3/Pneumo3/VP03/ VPI 1	Diarrhée à Rotavirus Infection à Pneumocoque Polomyélite
Dès 10ème mois	RR1/VAA/ VPI2	Rougeole/Rubéole/Fièvre jaune/ Polomyélite
A partir de 15 mois	RR2/MenAfrivac	Rougeole/Rubéole/Méningite
FEMMES EN AGE DE PROCREER		
1er contact:	Td1	Tétanos et diphtérie chez la femme enceinte
Imois après le Td1	Td 2	
6 mois après le Td2	Td3	

Parents, présentez votre bébé dès l'âge de 15 mois au centre de vaccination afin que sa vaccination soit complétée

Parents, gardez soigneusement cette carte de vaccination car elle peut être demandée par le directeur lors de l'inscription de l'enfant à l'école.

N° d'ordre du registre
PEV :

LOTS ET DATE DE VACCINATION

DOSES VACCINS & VITAMINE A	1ère dose		2ème dose		3ème dose	
	Lot	Date (JJ/MM/AAAA)	Lot	Date (JJ/MM/AAAA)	Lot	Date (JJ/MM/AAAA)
BCG						
Hep B Dose naissance Dans les 24 h						
Hep B Dose au-delà de 24h						
VPO Zéro						
VPO						
VPI						
Rota (Anti rotavirus)						
DTC-HepB-Hib						
PCV 13 (Anti Pneumo- coccique)						
RR						