ইপিআই কর্মসূচিতে শিশুদের টিকা দিয়ে প্রতিরোধযোগ্য রোগ সমূহ ঃ

১। যক্ষা	[illegible]	৩। ডিফথেরিয়া
৪। হুপিং [illegible]	[illegible]	[illegible] হেপাটাইটিস-বি
৭। [illegible] রোগ		৮। হাম
৯। [illegible]		১০। রুবেলা

১। সময়সূচি অনুযায়ী সবগুলো টিকা নিলে আপনার শিশু উপরে বর্ণিত মারাত্মক সংক্রামক রোগসমূহ হতে রক্ষা পাবে।

২। সময়সূচি অনুযায়ী টিকা না নিলে আপনার শিশুর মারাত্মক সংক্রামক রোগসমূহের বিরুদ্ধে রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা তৈরি নাও হতে পারে।

৩। বিসিজি টিকার নির্দিষ্ট ডোজটি জন্মের পর পরই দেয়া যায়। টিকা দেয়ার পর বিসিজি টিকার স্থানে (বাম বাহুতে) স্বাভাবিকভাবে ঘা হবে এতে ভয়ের কিছু নাই।

৪। শিশুকে আইপিভি টিকার দুই ডোজ টিকা; ১ম ডোজ ৬ সপ্তাহ/৪২ দিন হলে, ২য় ডোজ ১৪ সপ্তাহ বয়সে দিতে হবে।

৫। শিশুর বয়স ৬ সপ্তাহ/৪২ দিন হলেই পেন্টাভ্যালেন্ট (ডিপিটি, হেপাটাইটিস-বি, হিব), বিওপিভি এবং পিসিভি টিকার ১ম ডোজ দিতে হবে। তারপর কমপক্ষে ৪ সপ্তাহ/২৮ দিনের ব্যবধানে এ সকল টিকার ২য় এবং ৩য় ডোজ দিতে হবে।

৬। ১০ মাসে পড়লেই/২৭০ দিন পূর্ণ হলেই শিশুকে ১ম ডোজ এবং ১৫ মাস বয়স পূর্ণ হলেই এমআর (হাম ও রুবেলা) টিকা দিতে হবে।

৭। অসুস্থ শিশুকে সাময়িকভাবে টিকা দেয়া যাবে না। তবে শিশু সুস্থ হওয়ার সাথে সাথে টিকা দিতে হবে এবং সময়সূচি অনুযায়ী সকল টিকা নেয়া শেষ করতে হবে।

৮। টিকা দিলে সামান্য জ্বর, টিকার স্থানে ব্যথা এবং সাময়িকভাবে টিকা দেয়ার স্থান শক্ত হয়ে যেতে পারে, এতে ভয়ের কিছু নাই।

সম্প্রসারিত টিকাদান কর্মসূচি (ইপিআই)
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

ইপিআই টিকাদান কার্ড (শিশু)

টিকাদান সময়সূচি অনুযায়ী সবগুলো টিকা দেয়া শেষ করুন

রেজিস্ট্রেশন নং.................................... রেজিস্ট্রেশনের তারিখঃ....................

নাম.. ছেলে/মেয়ে

জন্ম তারিখ (ইং)........................দিন........................মাস........................বছর

জন্ম নিবন্ধন নং ....

মাতার নামঃ ....

পিতার নামঃ ....

বাড়ি/জিআর/হোল্ডিং নং........................গ্রাম/মহল্লা/পাড়া........................

উপজেলা/পৌরসভা/সিটি করপোরেশন..

জেলা/সিসি........................ইউনিয়ন/জোন........................ওয়ার্ড নং..............

কেন্দ্রের নাম..সাব-ব্লক..............

স্বাস্থ্য সহকারী/টিকাদান কর্মীরঃ

নামঃ ....মোবাইল নম্বরঃ ....

আপনার এলাকায় জন্মের [illegible] শিশুর মৃত্যু হলে অথবা হামে আক্রান্ত হলে [illegible] বছরের কম বয়সের কোন শিশুর এক [illegible] ২০ [illegible] পলথলে প্যারালাইসিস হলে সাথে সাথে [illegible] মাঠকর্মীকে খবর দিন।

পুনঃসংস্করণ- ২০১৭

প্রতিটি শিশুর রয়েছে সবগুলো টিকা পাওয়ার অধিকার

ডোজ অনুযায়ী শিশুকে টিকাকেন্দ্রে আনতে হবে (রেজিস্ট্রেশনের সময় শিশুর জন্ম তারিখ অনুযায়ী ১নং, ৪নং ও ৫নং ঘরে "পেন্টাভ্যালেন্ট-১/পিসিভি-১, এমআর ১ম ও ২য় ডোজ টিকা পাওয়ার তারিখ **টিকার ক্যালেন্ডার**" থেকে লিখে দিবেন)	**টিকা পাওয়ার তারিখ**
১। **১ম বার** ঃ বিসিজি, পেন্টা-১, বিওপিভি-১, পিসিভি-১ এবং আইপিভি-১ টিকা পাওয়ার তারিখ ("**টিকার ক্যালেন্ডার**" থেকে)।	
২। **২য় বার** ঃ পেন্টা-২, বিওপিভি-২ এবং পিসিভি-২ টিকা পাওয়ার তারিখ (সেশন প্ল্যান থেকে)।	
৩। **৩য় বার** ঃ পেন্টা-৩, বিওপিভি-৩, পিসিভি-৩ এবং আইপিভি-২ টিকা পাওয়ার তারিখ (সেশন প্ল্যান থেকে)।	
৪। **৪র্থ বার** ঃ এমআর ১ম ডোজ টিকা পাওয়ার তারিখ ("**টিকার ক্যালেন্ডার**" থেকে)।	
৫। **৫ম বার** ঃ এমআর ২য় ডোজ টিকা পাওয়ার তারিখ ("**টিকার ক্যালেন্ডার**" থেকে)	

২নং ঘরে ১ম ডোজ টিকা প্রদানের পর সেশন প্ল্যান অনুযায়ী ২য় ডোজ টিকা নেয়ার জন্য টিকাদান কেন্দ্রে আসার তারিখ লিখে দিবেন। একইভাবে ৩নং ঘরে ৩য় ডোজ টিকা প্রদানের পর সেশন প্ল্যান অনুযায়ী টিকা নেয়ার জন্য টিকাদান কেন্দ্রে আসার তারিখ লিখে দিবেন।

টিকার এই কার্ডটি যত্ন করে রাখুন। ভবিষ্যতে শিশুর জন্ম নিবন্ধন সার্টিফিকেট নেয়ার জন্য, শিশুকে স্কুলে ভর্তি করানোর সময়, বিদেশে গমনের সময় এই কার্ডটির প্রয়োজন হবে।

দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তার ঃ স্বাক্ষর, সীল এবং ফোন/মোবাইল নম্বর

স্বাক্ষর, সীল..... মোবাইল নম্বরঃ .....

শিশুকে সবগুলো টিকা দেয়ার জন্য কমপক্ষে ৫ বার টিকা কেন্দ্রে নিয়ে আসতে হবে

টিকার নাম	টিকা প্রদানের তারিখ ও কর্মীর স্বাক্ষর (খালি ঘরে)				
	১ম বার	২য় বার	৩য় বার	৪র্থ বার	৫ম বার
বিসিজি	.....				
পেন্টা (ডিপিটি, হেপ-বি, হিব)	.....	.....	.....		
বিওপিভি	.....	.....	.....		
পিসিভি	.....	.....	.....		
আইপিভি	.....		.....		
এমআর (হাম ও রুবেলা) (১য় ডোজ)				.....	
এমআর (২য় ডোজ)					.....

টিকা দেয়ার পর যে কোন সমস্যা/অসুবিধা হলে সাথে সাথে স্বাস্থ্যকর্মীকে খবর দিন। প্রয়োজনে শিশুকে নিকটস্থ স্বাস্থ্য কেন্দ্রে নিয়ে আসুন।