



وزارة الصحة العامة
الرعاية الصحية الأولية
البرنامج الوطني للتحصين

بطاقة تلقيح

الإسم _____
إسم الأب _____
الشهرة _____

تاريخ الولادة:

يوم _____
شهر _____
سنة _____

معلومات صحية خاصة (حساسية، مرض مزمن، مشاكل مناعية، إلخ...):

التلقيح	إستحقاق اللقاح (العمر)	تاريخ إعطاء اللقاح	توقيع الطبيب	تاريخ الجرعة التالية
ثلاثي DPT	4-5 سنوات (تذكير ثاني)			
ثلاثي dT	10-12 سنة (تذكير ثالث)			
	16-18 سنة (تذكير رابع)			
لقاحات أخرى				

للمزيد من المعلومات يرجى الإتصال بإدارة البرنامج:

هاتف: 01 - 611 174 فاكس: 01 - 615 761

Website: www.moph.gov.lb/Prevention/PHC

إحتفظ دائماً بهذه البطاقة وإحرص على تحديثها من قبل طبيبك
اللقاح متوفر مجاناً في كافة المراكز الصحية والمستوصفات

تاريخ الجرعة التالية	توقيع الطبيب	تاريخ إعطاء اللقاح	إستحقاق اللقاح (العمر)	اللقاح
			شهران (جرعة أولى)	خماسي DPT. Hib-Hep. B
			4 أشهر (جرعة ثانية)	
			6 أشهر (جرعة ثالثة)	
			9 أشهر (جرعة أولى)	حصبة
			12 شهراً (جرعة أولى)	حصبة، أبو كعب، حصبة ألمانية MMR
			4-5 سنوات (جرعة ثانية)	
			18 شهراً (تذكير أول)	رباعي، DPT-Hib

تاريخ الجرعة التالية	توقيع الطبيب	تاريخ إعطاء اللقاح	إستحقاق اللقاح (العمر)	اللقاح
			الولادة (جرعة صفر)	صغيرة (ب) Hep. B
			شهران (جرعة أولى)	شلل الأطفال (بالعضل) IPV
			4 أشهر (جرعة ثانية)	شلل الأطفال (فموي) OPV
			6 أشهر (جرعة ثالثة)	
			18 شهر (تذكير أول)	
			4-5 سنوات (تذكير ثاني)	
			10-12 سنة (تذكير ثالث)	
			16-18 سنة (تذكير رابع)	