



# Carnet de vaccination

Adolescents et adultes

NOM .....

PRÉNOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

ADRESSE .....

TÉLÉPHONE .....

E-MAIL .....

En cas de perte, merci de bien vouloir retourner ce carnet à l'adresse indiquée ou de prévenir par téléphone au numéro ci-dessus.

# Diphthérie - Tétanos - Poliomyélite - Coqueluche

VACCIN	DATE	NOM DU VACCIN	NUMÉRO DU LOT	SIGNATURE ET CACHET
Diphthérie - Tétanos - Polio Coqueluche				
Diphthérie - Tétanos - Polio Coqueluche				
Diphthérie - Tétanos - Polio Coqueluche				
Diphthérie - Tétanos - Polio Coqueluche				

# Diphthérie - Tétanos - Poliomyélite

VACCIN	DATE	NOM DU VACCIN	NUMÉRO DU LOT	SIGNATURE ET CACHET
Diphthérie - Tétanos - Polio				
Diphthérie - Tétanos - Polio				
Diphthérie - Tétanos - Polio				
Diphthérie - Tétanos - Polio				

# Rougeole - Oreillons - Rubéole - Méningite C

VACCIN	DATE	NOM DU VACCIN	NUMÉRO DU LOT	SIGNATURE ET CACHET
Rougeole Oreillons Rubéole			1 <sup>RE</sup> DOSE POUR LES NON-VACCINÉS NÉS DEPUIS 1980	
Rougeole Oreillons Rubéole			2 <sup>E</sup> DOSE (POUR CEUX QUI N'ONT REÇU QU'UNE SEULE DOSE AUPARAVANT)	
Méningite C			JUSQU'À L'ÂGE DE 24 ANS INCLUS SI NON VACCINÉS	

# HPV\* - H épatite B

VACCIN	DATE	NOM DU VACCIN	NUMÉRO DU LOT	SIGNATURE ET CACHET
HPV			1 <sup>RE</sup> DOSE - POUR LES FILLES DE 11 À 14 ANS (RATTRAPAGE POSSIBLE JUSQU'À 19 ANS INCLUS)	
HPV			2 <sup>E</sup> DOSE	
HPV			3 <sup>E</sup> DOSE	
Hépatite B			1 <sup>RE</sup> DOSE - 11 À 15 ANS SI NON VACCINÉS (2 DOSES M0 - M6) - EXPOSÉ AU RISQUE QUEL QUE SOIT L'ÂGE. - À PARTIR DE 16 ANS SI RISQUE (3 DOSES M0 - M1 - M6)	
Hépatite B			2 <sup>E</sup> DOSE	
Hépatite B			3 <sup>E</sup> DOSE	

\* Infection à Papillomavirus humain = 2 ou 3 doses en fonction du vaccin utilisé et de l'âge de la jeune fille.

# Grippe

- *Personnes de 65 ans et plus.*
- *Personnes souffrant de certaines affections de longue durée (ALD) quel que soit l'âge.*

- *Entourage de nourrissons fragilisés de moins de 6 mois.*
- *Femmes enceintes quel que soit le trimestre de la grossesse.*
- *Autres personnes à risque en fonction des recommandations annuelles.*

VACCIN	DATE	NOM DU VACCIN	NUMÉRO DU LOT	SIGNATURE ET CACHET
Grippe				
Grippe				
Grippe				
Grippe				

# Grippe

- *Personnes de 65 ans et plus.*
- *Personnes souffrant de certaines affections de longue durée (ALD) quel que soit l'âge.*

- *Entourage de nourrissons fragilisés de moins de 6 mois.*
- *Femmes enceintes quel que soit le trimestre de la grossesse.*
- *Autres personnes à risque en fonction des recommandations annuelles.*

VACCIN	DATE	NOM DU VACCIN	NUMÉRO DU LOT	SIGNATURE ET CACHET
Grippe				
Grippe				
Grippe				
Grippe				









Rangez bien votre carnet de vaccination et n'oubliez pas de l'apporter à votre médecin, sage-femme ou infirmier.

