

N.B. : TOUS LES VACCINS PEV SONT GRATUITS

Vaccins	AGE				
	Nais- sance	1 mois et demi	2 mois et demi	3 mois et demi	9 mois et demi
Polio- myélite	X	X	X	X	
BCG	X				
PENTAVA- LENT (DTC-HIP)		X	X	X	
Rougeole					X
Fièvre jaune					X

REPUBLIQUE GABONAISE
Union-Travail-Justice

MINISTERE DE LA SANTE

**CARTE DE VACCINATION
DU PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION**

NOM (S) :

PRENOM (S) :

DATE DE NAISSANCE : SEXE :

NOM DU PERE :

NOM DE LA MERE :

VILLAGE/QUARTIER :

DEPARTEMENT :

REGION SANITAIRE :

Nature du Vaccin Vitamine A	Dose Naissance	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5
Poliomyélite						
BCG						
Pentavalent (DTC-HIP)						
Rougeole						
Fièvre Jaune						
Vitamine A						

Dose (inscrire dans chaque case, la date d'administration et cacheter)

Ne pas oublier d'inscrire la date du prochain rendez-vous sur la carte de vaccination

Et le communiquer oralement au parent

Assurez-vous que le rendez-vous correspond à une séance de vaccination prévue.