

Tuberkuliintest/Mantoux
Tuberculin test/Mantoux

Kuupäev	Tootja, partii number	Arsti nimi ja allkiri

MÄRKUSED

**EESTI
IMMUNISEERIMISPASS**

**ESTONIA
Passport of immunization**

Nimi _____
Name

Sünniaeg _____
Date of birth

Isikukood _____
Personal code

Passi või ID number _____
Passport or ID number

Vastunäidustused _____
Contraindications

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

This is to certify that [name] _____

date of birth _____ sex _____

nationality _____

national identification document, if applicable _____

whose signature follows _____

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
(name of disease or condition)

in accordance with the International Health Regulations.

CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Nous certifions que [nom] _____

né(e) le _____ de sexe _____

et de nationalité _____

document d'identification national, le cas échéant _____

dont la signature sui _____

a été vacciné(e) ou reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre: (nom de la
maladie ou de l'affection)

conformément au Règlement sanitaire international.

Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique	Date Date	Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable	Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificate valid from: until: Certificat valable à partir du: jusqu'au:	Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre habilité

Immuniseerimine tuberkuloosi vastu		Immunization against tuberculosis		
Kuupäev	Vaktsiini nimetus, tootja, partii number, doos		Vaktsineerija nimi ja allkiri	Järgmise immuniseerimise kuupäev
Immuniseerimine B-hepatiidi vastu		Immunization against hepatitis B		
Kuupäev	Vaktsiini nimetus, tootja, partii number, doos		Vaktsineerija nimi ja allkiri	Järgmise immuniseerimise kuupäev
Immuniseerimine difteeria, teetanuse, läkaköha, poliomüeliidi, <i>Haemophilus influenzae b</i> vastu		Immunization against diphtheria, tetanus, pertussis, poliomyelitis, <i>Haemophilus influenzae b</i>		
Kuupäev	Vaktsiini nimetus, tootja, partii number, doos		Vaktsineerija nimi ja allkiri	Järgmise immuniseerimise kuupäev

