

Catatan Vaksin Pediatrik

Nama/Alamat Klinik

Nama pasien: _____

Tanggal lahir: _____

Vaksin	Tanggal Diberikan	Pabrikan	Nomor Lot	Lokasi	Dikelola oleh	Orang Tua/Wali
DTaP #1						
DTaP#2						
DTaP#3						
DTaP#4						
DTaP#5						
Tdap						
Hib #1						
Hib #2						
Hib #3						
Hib #4						
IPV #1						
IPV#2						
IPV#3						
IPV#4						
MMR #1						
MMR #2						
HepB #1						
HepB #2						
HepB #3						
HepB #4						
Varisela #1						
Varisela #2						
PCV #1						
PCV#2						
PCV#3						
PCV#4						
HepA #1						
HepA #2						
MCV4 #1						
MCV4 #2						
Rotavirus #1						
Rotavirus #2						
Rotavirus#3						
HPV #1						
HPV#2						
HPV#3						
Influenza						
Influenza						
Influenza						
Influenza						

Situs Diberikan Legenda	Inisial	Tanda Tangan Praktisi	Inisial	Tanda tangan orang tua*
RA = Lengan Kanan				
LA = Lengan kiri				
RT = Paha Kanan				
LT = Paha kiri				
HAI = Lisan				
DALAM = Intranasal				

* Saya telah membaca atau pernah menjelaskan kepada saya informasi mengenai penyakit dan vaksin yang tercantum di atas. Saya sempat bertanya dan jawabannya memuaskan saya. Saya yakin saya memahami manfaat dan risiko dari vaksin-vaksin yang disebutkan di atas, dan meminta agar vaksin-vaksin yang tercantum di atas diberikan kepada orang yang disebutkan di atas yang kepadanya saya diberi wewenang untuk mengajukan permintaan ini. Inisial saya di bawah Orang Tua/Wali menandakan persetujuan saya terhadap vaksinasi yang diberikan pada tanggal yang bersangkutan.