

cerfa

N°12594\*01

Certificat de vaccination n°1

Nom :

Prénom :

Né(e) le

Youmbi  
Ethan 27 10 2015

## Vaccination antituberculeuse : B.C.G.

Date	Intradermoréaction prévaccinale à la tuberculine	Lot	Date de lecture	Résultat En mm d'induration	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)

Date	Vaccin	Dose	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)
13/11/15	BCG SSi	0,05 ml	114012A exp. 11/15	Dr FERRY Pauline Médecin Généraliste RPPS 10100363042 FINESS 940020860

**Vaccination contre la diphtérie, le tétanos,  
la poliomyélite, la coqueluche (pertussis),  
l'*Haemophilus influenzae* b\***

Date	Vaccin	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)
28/12/2015	Infanrix hexa Lot: A21CC617A	DR LAURENCE GALULA PÉDIATRE 12, av. de la République 94800 VILLIERS-LE-BEL Tél.: 01 47 26 33 07
9/3/2016	Infanrix hexa Lot: A21CC636A	
4-10-2016	Infanrix hexa Lot: A21CC818A	

\* En cas d'utilisation d'un vaccin hexavalent, inscrire la valence hépatite B page 92.

**Vaccination contre la diphtérie, le tétanos,  
la poliomyélite, la coqueluche (*pertussis*),  
l'*Haemophilus influenzae* b\***

Le 1<sup>er</sup> rappel est effectué à l'âge de 16-18 mois, tous les cinq ans jusqu'à l'âge de 16-18 ans, puis tous les 10 ans.\*\*

[illegible]

\* en cas d'utilisation d'un vaccin hexavalent, inscrire la valence hépatique B page 92

\*\* voir calendrier vaccinal page 88

**Les vaccinations contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite et la tuberculose (BCG) sont obligatoires. Un certificat de vaccination vous sera demandé lors de l'entrée de votre enfant dans une collectivité (crèche, école...).**

**La photocopie de cette double page a valeur de certificat de vaccination.**

cerfa

Nom :

Youmbi

Prénom :

Ethan

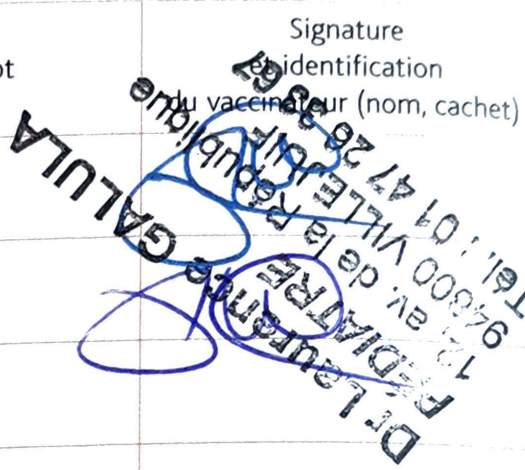
Né(e) le :

27 10 2015

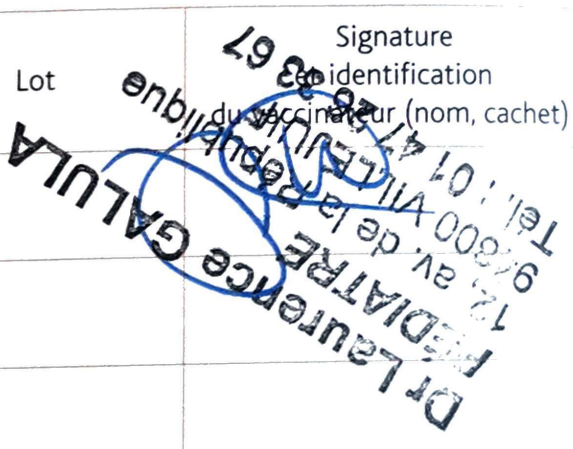
N°12595\*01

Certificat de vaccination n°2

## Vaccination contre les infections invasives à pneumocoque

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)
28/12/2015	Prevenar13® Lot M31859 EXP 04 2018 PAA013661		
9/3/2016	Prevenar13® Lot L84250 EXP 02 2017 PAA013661		
4-10-2016	Prevenar13® Lot R24650 EXP 08 2018 PAA013661		


## Vaccination contre l'hépatite B\*

Date	Vaccin, dose	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)
28/12/2015	Infanrix hexa® Lot: A21CC617A		
9/3/2016	Infanrix hexa® Lot: A21CC636A		
4-10-2016	Infanrix hexa® Lot: A21CC818A		



\*Une vaccination par vaccin hexavalent doit être reportée ici pour la valence hépatite B.



# Vaccinations associées contre la rougeole, les oreillons et la rubéole\* (measles, mumps, rubella)

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)
08/10/16 25/12/17	BoR Priorix  Priorix® LOT: A69CE239A	CE107A	<div> <div> <p>Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)</p> <p>Docteur Jean-Philippe GAGNARD</p> <p>RPP: 1605529</p> <p>Chef de Clinique</p> <p>Maladie infectieuse et tropicale</p> <p>Hôpital Bichère</p> <p>Tel: 01.45.21.74.21</p> <p>Fax: 01.45.21.74.31</p> </div> <div> <p>Dr L...</p> <p>PÉDIATRE</p> <p>12, av de la...</p> <p>94800...</p> </div> </div>

## Autres vaccinations

Date	Vaccin	Lot	Signature et identification du vaccinateur (nom, cachet)
28/12/2015	 Rotarix® Lot: AR0LB128AE		
10/12/16	 Rotarix® Lot: AR0LB128AE		
28/10/16	Stance	45024	
28/10/16	Revuix 720	B 834	
28/10/16	Mimosa	134	

\*Lorsqu'un enfant de 6 à 8 mois a été en contact avec un cas de rougeole, la vaccination par un vaccin monovalent est recommandée dans les 72 heures. Inscrire celle-ci dans « autres vaccinations ».

# Maladies contagieuses et épidémiques

(l'exception des maladies à prévention vaccinale qui doivent figurer dans le tableau ci-contre)

Date	Maladie	Observations et complications	Signature et cachet du médecin (nom, cachet)
11/01/2019	Varicelle		 <b>Dr Laurence GALULA</b> <b>PÉDIATRE</b> 12, av. de la République 94200 VILLEJUIF Tél. : 01 47 26 33 67

## Exploration lors d'un contact tuberculeux suspecté\*

Date	Intradermoréaction à la tuberculine	Lot	Date de lecture	Résultat <small>En mm d'induration</small>	Signature et identification du médecin (nom, cachet)

\* Cas de tuberculose contagieuse dans l'entourage ou suspicion clinique.