

Immunization helps to protect babies and children against serious childhood infections. Routine childhood immunizations protect against diphtheria, tetanus, whooping cough (pertussis), polio, pneumococcal disease, meningococcal disease, hepatitis B, Haemophilus influenzae type b (Hib), rotavirus, chickenpox (varicella), measles, mumps and rubella (German measles). Serious side effects or allergic reactions to the vaccines are rare.

Pre-immunization Checklist

Before the immunization, you need to tell the doctor or nurse if your child:

- is unwell (temperature over 38.5 °C)
- has had a severe reaction following any vaccine
- has any severe allergies to any other medication or substances
- has had any vaccine in the past month
- has had an injection of immunoglobulin or received any blood products or a whole blood transfusion within the past year
- was a pre-term infant born less than 32 weeks gestation, or weighing less than 2,000 g at birth
- has a chronic illness
- has a bleeding disorder
- lives with someone with a disease or who is having treatment that causes lower immunity – examples include leukaemia, cancer or acquired immunodeficiency syndrome (aids), oral steroid medications, radiotherapy or chemotherapy
- has a disease which lowers immunity (such as leukaemia, cancer or HIV/AIDS) or is having treatment that causes low immunity (such as oral steroid medication, radiotherapy or chemotherapy)



Hotline : **10666**

Plot 15 Road 71 Gulshan
Dhaka 1212 Bangladesh
T: + 880 2 8836444 F: + 880 2 8836446
Emergency: 0191 400 1234

Patient ID:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name:	<input type="text"/>									
D.O.B:	<input type="text"/>			Sex:	M	<input type="text"/>	F	<input type="text"/>		

**UNITED
HOSPITAL
LIMITED**

IMMUNIZATION RECORD CARD



Please bring this card on your next visit to United Hospital Vaccination Centre

Name of Vaccine	Route	Age	Date	First Dose	2nd Dose	3rd Dose	Booster
BCG (Tuberculosis)	ID	At Birth জন্মের সময়	নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
OPV (Oral Polio Vaccine)	Oral	টিকা প্রদানের তারিখ ও স্বাক্ষর Given on & Sign					
Pentavalent / (DPT + Hib + HepB)+ OPV / Infanrix-hexa (DTaP + Hib + IPV + HepB) / Pentaxim (DTaP +Hib+ IPV)	IM	Minimum age 6 weeks ন্যূনতম বয়স ৬ সপ্তাহ	Any Time যে কোন সময়	4 weeks after 1st dose ১ম ডোজের ৪ সপ্তাহ পর	4 weeks after 2nd dose ২য় ডোজের ৪ সপ্তাহ পর	18 months if age & at 4 to 6 years ১৮ মাস বয়স এবং ৪ থেকে ৬ বছর	
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
Hepatitis B (HepB)	IM	টিকা প্রদানের তারিখ ও স্বাক্ষর Given on & Sign					
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV) * 2 doses of Pneumococcal conjugate Vaccine (PCV) to be given 1 month apart if child age is between 7-11 months. Booster to be given between 12-18 months. If child age is equal to or greater than 12 months, 2 doses to be given 2 months apart	IM	At Birth to 6 Weeks of life জন্ম থেকে ৬ সপ্তাহের মধ্যে	Any Time যে কোন সময়	4 weeks after 1st dose ১ম ডোজের ৪ সপ্তাহ পর	4 weeks after 2nd dose ২য় ডোজের ৪ সপ্তাহ পর	At the age 12 months ১২ মাস বয়সে	
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
Rota Virus Vaccine • Rotavirus Vaccine must start before 15 weeks	Oral	টিকা প্রদানের তারিখ ও স্বাক্ষর Given on & Sign					
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
MR (Measles & Rubella)	SC	After 9 months completed ৯ মাস বয়সের পর	Any Time যে কোন সময়				
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
MMR (Measles, Mumps & Rubella) ** Those who have taken MR vaccine at month 9, MMR vaccine can be given to them between 12-15 months of age	SC	** At the age 12 months ১২ মাস বয়সে	Any Time যে কোন সময়	4 weeks after 1st dose ১ম ডোজের ৪ সপ্তাহ পর	4 weeks after 2nd dose ২য় ডোজের ৪ সপ্তাহ পর	At the age of 4 to 6 years ৪ থেকে ৬ বছর বয়সে	
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
Chicken Pox Vaccine	SC	At the age 12 months ১২ মাস বয়সে	Any Time যে কোন সময়				
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
Hepatitis A (HepA)	IM	Minimum age 12 months ন্যূনতম বয়স ১২ মাস	Any Time যে কোন সময়	6 months after 1st dose ১ম ডোজের ৬ মাস পর			
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
Typhoid	IM	Minimum age 2 years ন্যূনতম বয়স ২ বছর	Any Time যে কোন সময়			Every 3 year প্রতি ৩ বছরে	
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
Cholera Vaccine # 2 doses of Cholera Vaccine to be given 1 weeks apart if age is more than 6 years	Oral	# Minimum age 2 years ন্যূনতম বয়স ২ বছর	Any Time যে কোন সময়	1 month after 1st dose ১ম ডোজের ১ মাস পর	1 month after 2nd dose ২য় ডোজের ১ মাস পর	After 6 months ৬ মাস পর	
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
HPV Vaccine (Human Papillomavirus Vaccine)	IM	Minimum age 10 years ন্যূনতম বয়স ১০ বছর	Any Time যে কোন সময়	1 month after 1st dose ১ম ডোজের ১ মাস পর	6 months after 1st dose ১ম ডোজের ৬ মাস পর		
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
Meningococcal Vaccine	SC/IM	*** Minimum age 2 years ন্যূনতম বয়স ২ বছর	Any Time যে কোন সময়			After 3 years ৩ বছর পর	
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
Influenza Vaccine	IM	*** From 6 months of age ৬ মাস বয়স থেকে	Any Time যে কোন সময়				
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (PPV)	IM	*** Minimum age 2 years ন্যূনতম বয়স ২ বছর	Any Time যে কোন সময়				
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
Yellow Fever	IM	Minimum age 9 months ন্যূনতম বয়স ৯ মাস	Any Time যে কোন সময়			Every 10 year প্রতি ১০ বছরে	
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				
Others		টিকা প্রদানের তারিখ ও স্বাক্ষর Given on & Sign					
			নির্দিষ্ট তারিখ Due on				