

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

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
<b>BCG (Tuberculosis)</b>	ID	At Birth জন্মের সময়	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign				
<b>OPV (Oral Vaccine)</b>	Oral	Minimum age 6 weeks জন্ম থেকে ৬ মাস বয়স সঞ্চাহ	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়	4 weeks after 1st dose ১ম জোর্জের ৪ সপ্তাহ পর	4 weeks after 2nd dose ২য় জোর্জের ৪ সপ্তাহ পর	18 months of age & at 4-5 years ৩৫ মাস বয়স এবং ৪-৫ বছর
<b>Pentavalent / (DPT + Hib + HepB) + OPV / Infanrix-hexa (DTaP + Hib + IPV + HepB) / Pentaxim (DTaP + Hib+ IPV)</b>	IM	At Birth to 6 Weeks of life জন্ম থেকে ৬ মাস বয়স সঞ্চাহ	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়	4 weeks after 1st dose ১ম জোর্জের ৪ সপ্তাহ পর	4 weeks after 2nd dose ২য় জোর্জের ৪ সপ্তাহ পর	At the age 12 months ১২ মাস বয়সে
<b>Hepatitis B (HepB)</b>	IM	At Birth to 6 Weeks of life জন্ম থেকে ৬ মাস বয়স সঞ্চাহ	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়	4 weeks after 1st dose ১ম জোর্জের ৪ সপ্তাহ পর	4 weeks after 2nd dose ২য় জোর্জের ৪ সপ্তাহ পর	At the age 12 months ১২ মাস বয়সে
<b>Pneumococcal Conjugate Vaccine (PCV)</b>	IM	• Minimum age 6 weeks জন্ম থেকে ৬ মাস বয়স সঞ্চাহ	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়	4 weeks after 1st dose ১ম জোর্জের ৪ সপ্তাহ পর	4 weeks after 2nd dose ২য় জোর্জের ৪ সপ্তাহ পর	At the age 4 to 6 years ৪ থেকে ৬ বছর বয়সে
<b>Rota Virus Vaccine</b>	Oral	After 9 months completed ৯ মাস বয়সের পর	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়			At the age of 4 to 6 years ৪ থেকে ৬ বছর বয়সে
<b>MR (Measles &amp; Rubella)</b>	SC	At the age 12 months ১২ মাস বয়সে বছর	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়			Every 3 year আট ত বছর
<b>MMR (Measles, Mumps &amp; Rubella)</b>	SC	# 2 doses of Cholera Vaccine to be given 1 weeks apart if age is more than 6 years	Minimum age 2 years জন্ম থেকে ২ মাস বয়স বছর	Any Time যে কোন সময়	6 months after 1st dose ১ম জোর্জের ৬ মাস পর	1 month after 2nd dose ২য় জোর্জের ১ মাস পর	After 6 months ৬ মাস পর
<b>Chicken Pox Vaccine</b>	SC	At the age 12 months ১২ মাস বয়স বছর	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়	6 months after 1st dose ১ম জোর্জের ৬ মাস পর	1 month after 2nd dose ২য় জোর্জের ১ মাস পর	After 6 months ৬ মাস পর
<b>Hepatitis A ( HepA)</b>	IM	Minimum age 2 years জন্ম থেকে ২ মাস বয়স বছর	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়	6 months after 1st dose ১ম জোর্জের ৬ মাস পর	1 month after 2nd dose ২য় জোর্জের ১ মাস পর	After 6 months ৬ মাস পর
<b>Typhoid</b>	IM	*** Minimum age 2 years জন্ম থেকে ২ মাস বয়স বছর	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়	6 months after 1st dose ১ম জোর্জের ৬ মাস পর	1 month after 2nd dose ২য় জোর্জের ১ মাস পর	After 6 months ৬ মাস পর
<b>Cholera Vaccine</b>	Oral	# 2 doses of HPV Vaccine to be given 1 weeks apart if age is more than 6 years	*** From 6 months of age ৬ মাস বয়স থেকে	Any Time যে কোন সময়	6 months after 1st dose ১ম জোর্জের ৬ মাস পর	1 month after 2nd dose ২য় জোর্জের ১ মাস পর	After 6 months ৬ মাস পর
<b>HPV Vaccine (Human Papillomavirus Vaccine)</b>	IM	*** Minimum age 2 years জন্ম থেকে ২ মাস বয়স বছর	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়	6 months after 1st dose ১ম জোর্জের ৬ মাস পর	1 month after 2nd dose ২য় জোর্জের ১ মাস পর	After 6 months ৬ মাস পর
<b>Meningococcal Vaccine</b>	SC/IM	*** Minimum age 2 years জন্ম থেকে ২ মাস বয়স বছর	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়	6 months after 1st dose ১ম জোর্জের ৬ মাস পর	1 month after 2nd dose ২য় জোর্জের ১ মাস পর	After 6 months ৬ মাস পর
<b>Influenza Vaccine</b>	IM	Minimum age 9 months জন্ম থেকে ৯ মাস	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়	6 months after 1st dose ১ম জোর্জের ৬ মাস পর	1 month after 2nd dose ২য় জোর্জের ১ মাস পর	After 6 months ৬ মাস পর
<b>Pneumococcal Polysaccharide Vaccine (PPV)</b>	IM	Minimum age 9 months জন্ম থেকে ৯ মাস	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়	6 months after 1st dose ১ম জোর্জের ৬ মাস পর	1 month after 2nd dose ২য় জোর্জের ১ মাস পর	After 6 months ৬ মাস পর
<b>Yellow Fever</b>	IM	Minimum age 9 months জন্ম থেকে ৯ মাস	নির্দিষ্ট তারিখ Due on চিকিৎসাধারণের তারিখ ও স্থানের Given on & Sign	Any Time যে কোন সময়	6 months after 1st dose ১ম জোর্জের ৬ মাস পর	1 month after 2nd dose ২য় জোর্জের ১ মাস পর	After 6 months ৬ মাস পর
<b>Others</b>							Every 10 year প্রতি ১০ বছর