

Adult Immunization Record

This is an important document.
Please safeguard it for future reference.

Name _____

DOB _____ / _____ / _____
year month day

PHIN number _____

Record of Immunization

Type of Vaccine	Date Given (yyyy/mm/dd)	Initials	Date Given (yyyy/mm/dd)	Initials	Date Given (yyyy/mm/dd)	Initials
Tetanus, diphtheria (Td) every 10 yrs						
MMR-Red Measles, Mumps, Rubella (German Measles)						
Pneumococcal Polysaccharide (Pneu-P-23)						
Influenza						
Other						
Other						
Other						

Dossier d'immunisation (adulte)

Ce document est très important.
Veuillez le conserver précieusement pour consultation ultérieure.

Nom : _____

Date de naissance : _____
année mois jour

N° d'identification médical personnel (NIMP) : _____

Dossier d'immunisation

Type de vaccin	Date d'inoculation (année/mois/jour)	Initiales	Date d'inoculation (année/mois/jour)	Initiales	Date d'inoculation (année/mois/jour)	Initiales
dT – antidiphtérique, antitétanique – tous les 10 ans						
RRO – antirougeoleux (rougeole), antirubéoleux (rubéole), antiourlien (oreillons)						
Antipneumococcique polysaccharidique (Pneu-P-23)						
Antigrippal						
Autre						
Autre						
Autre						

Dossier d'immunisation

Type de vaccin	Date d'inoculation (année/mois/jour)	Initiales	Date d'inoculation (année/mois/jour)	Initiales	Date d'inoculation (année/mois/jour)	Initiales
Autres :	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	

Test de sensibilité cutané à la tuberculine

	Date du test (année/mois/jour)	No de lot	Dose, méthode, site d'injection	Initiales
Étape 1				
Étape 2				
	Date de lecture (année/mois/jour)	Pos. (mm)	Nég. (mm)	Initiales
Étape 1				
Étape 2				

BCG – Date : ____/____/____ (si connu)
(année/mois/jour)

Cicatrice de BCG présente Oui Non

Commentaires : _____

Record of Immunization

Type of Vaccine	Date Given (yyyy/mm/dd)	Initials	Date Given (yyyy/mm/dd)	Initials	Date Given (yyyy/mm/dd)	Initials
Other:	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	
	/ /		/ /		/ /	

TB Skin Test

	Date planted (yyyy/mm/dd)	Lot number	Dose/Route/Site	Initial
Step 1				
Step 2				
	Date Read (yyyy/mm/dd)	Pos. (mm)	Neg. (mm)	Initial
Step 1				
Step 2				

B.C.G. Date: ____/____/____ (if known)
(yyyy/mm/dd)

B.C.G. scar present Yes No

Comments: _____

