

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) : _____



Type de vaccin	Date d'inoculation (année/mois/jour)	Initiales	Date d'inoculation (année/mois/jour)	Initiales	Date d'inoculation (année/mois/jour)	Initiales
vaccin antidiphtherique, antitétanique, anticoquelucheux (DcaT)						
dT – antidiphthérique, antitétanique – tous les 10 ans						
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, méthose, 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 : _____
