

NAMA= MUFUH TAIB ABAN
 TTL = 07 DESEMBER 2006

CATATAN IMUNISASI ANAK

UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12**
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB-0 (0-7 hari)	12/12/2006												
BCG		14/01/2007											
*Polio		14/01/2007											
*DPT-HB-Hib 1			14/02/2007										
*Polio 2			14/02/2007										
*DPT-HB-Hib 2				14/03/2007									
Polio 3				14/03/2007									
*DPT-HB-Hib 3				16/04/2007									
*Polio 4				16/04/2007									
*IPV				16/05/2007									
Campak										16/05/2007			

UMUR (BULAN)	18	24
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi	
***DPT-HB-Hib Lanjutan	16/06/2008	
***Campak Lanjutan	16/06/2008	

- Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap
- Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap
- Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
- Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

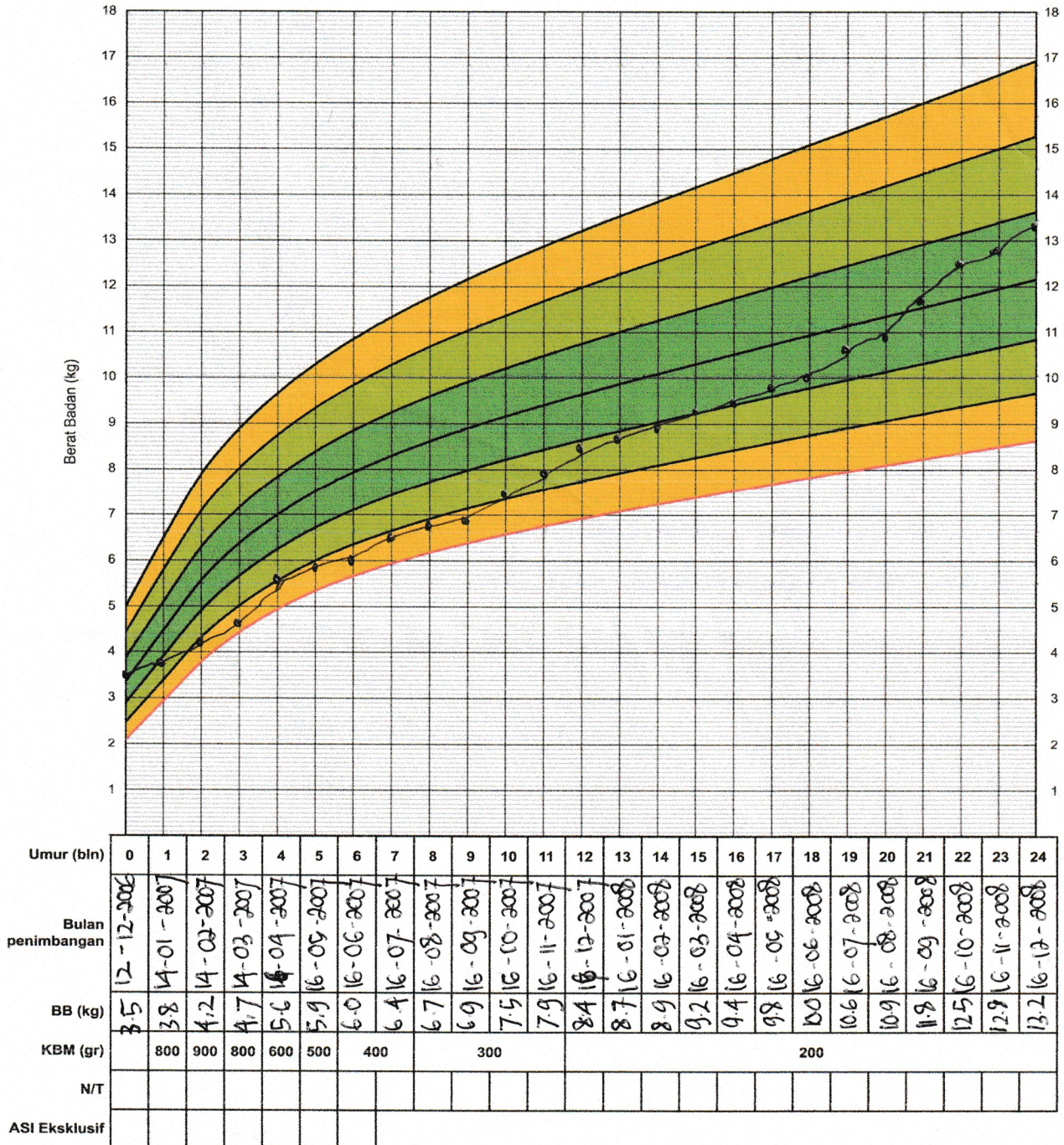




KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Laki-Laki

Nama Anak : MUFLIH TAIB ABAN
Nama Posyandu : PMB. Hj. CHODIDJAH

Timbanglah Anak Anda Setiap Bulan
Anak Sehat, Tambah Umur, Tambah Berat, Tambah Pandai



NAIK (N)
Grafik BB mengikuti garis pertumbuhan atau Kenaikan BB sama dengan KBM (Kenaikan BB Minimal) atau lebih

TIDAK NAIK (T)
Grafik BB mendatar atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau Kenaikan BB kurang dari KBM

Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM

• Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (* ya / tidak)

BIDAN * AKTEK SWASTA
CHODIDJAH
448011022533PM
JL. SENTOSA 1, ASLI PRAKARA