



توسیعی پروگرام برائے ویکسینیشن اطفال



حکمہ پرائمری ایڈیوکیٹو ہیلتھ کیئر پنجاب
ویکسینیشن حکام کو برائے اطفال

نام: _____
والد کا نام: _____ فون نمبر: 6983559-222
تاریخ پیدائش: _____
علاقہ گاؤں: _____
یونین کونسل: _____ (46)
تحصیل/تعلقہ: _____ ضلع: _____
ای۔ پی۔ آئی سنٹر کا نام: _____
کارڈ نمبر: _____ تاریخ اجراء: _____
ویکسینیشن کا نام: _____ فون نمبر: 805588-222

آئندہ ویکسینیشن کی تاریخ

1	7.1.18	2	21.5.18	3	25.10.18
4	27.12.18	5	27.6.19	6	1 1
7	1 1	8	1 1	9	1 1

ریکارڈ حفاظتی ٹیکہ جات اور ویکسینیشن

ویکسینیشن کیلئے عمر	ویکسین کا نام	ویکسین دینے کی تاریخ	ویکسین دینے والے کے دستخط
	BCG	7.1.18	
پیدائش کے فوراً بعد	OPV-0	7.1.18	
	Hepatitis-B	1 1	
	OPV-1	21.5.18	
	Penta-1	21.5.18	
6 مہینے کی عمر میں	PCV-10-1	21.5.18	
	ROTA-1	21.5.18	
	OPV-2	5.6.18	
	Penta-2	5.6.18	
10 مہینے کی عمر میں	PCV-10-2	5.6.18	
	ROTA-2	5.6.18	
	OPV-3	30.8.18	
	Penta-3	30.8.18	
14 مہینے کی عمر میں	PCV-10-3	30.8.18	
	IPV	30.8.18	
9 ماہ کے فوراً بعد	Measles-1	8.11.19	
15 ماہ کے فوراً بعد	Measles-2	9.7.19	
2 تا 3 سال کی عمر تک	DPT Booster	29.1.23	

ہدایات: ☆ پیدائش کے بعد جتنا جلد ممکن ہو پانچ حفاظتی ٹیکوں کے مرکز میں لائیں اور شیڈول کے مطابق ٹیکوں کا دورہ مکمل کر لیں۔
☆ اگر ٹیکہ کے بعد معمولی بخار ہو تو براہ معمول شربت دیں۔ اگر بخار تیز ہو تو نزدیکی سرکاری ہسپتال یا ڈاکٹر سے رجوع کریں۔
☆ نزلہ کھانسی رست اور معمولی بخار میں بھی حفاظتی ٹیکے لگانے جاسکتے ہیں۔
☆ اس کارڈ کو ہسپتال کرکس، سکول میں داخلہ کے وقت یا یہ دن ملک سڑکی صورت میں اس کی ضرورت پیش آسکتی ہے۔
☆ آئندہ ٹیکہ کے لئے وہی جگہ یا پانچ نزدیکی حفاظتی ٹیکوں کے مرکز پر تشریف لائیں اور رہنمائی یا درکی صورت میں حفاظتی ٹیکہ لگانے والے کے نمبر پر رابطہ کریں۔