

టీకాలు పట్టిక IMMUNIZATION RECORD

వయసు/Age	వాక్సిన్ (మోతాదు) / Vaccine (Dose)	జన్మన తేదీ / Due Date	ఇచ్చిన తేదీ / Date given
జన్మన Birth	బీసీజి/BCG		19-2-2019
	ఓరల్ పోలియో వాక్సిన్ / Oral Polio Vaccine	1వ మోతాదు / 1st Dose	
6 వారాలు Weeks	డిపిటి / D.P.T.	1వ మోతాదు / 1st Dose	24/3/19
	ఓరల్ పోలియో వాక్సిన్ / Oral Polio Vaccine/IPV	2వ మోతాదు / 2nd Dose	
	హెపటైటిస్ బి వాక్సిన్ / Hepatitis - B Vaccine	1వ మోతాదు / 1st Dose	
	హిబ్ వాక్సిన్ / Hib Vaccine	1వ మోతాదు / 1st Dose	
	ప్రెవెనార్ / Prevenar	1వ మోతాదు / 1st Dose	
	Rotarix Vaccine	1వ మోతాదు / 1st Dose	
10 వారాలు Weeks	డిపిటి / D.P.T.	2వ మోతాదు / 2nd Dose	
	ఓరల్ పోలియో వాక్సిన్ / Oral Polio Vaccine/IPV	3వ మోతాదు / 3rd Dose	
	హెపటైటిస్ బి వాక్సిన్ / Hepatitis - B Vaccine	3వ మోతాదు / 3rd Dose	
	హిబ్ వాక్సిన్ / Hib Vaccine	3వ మోతాదు / 3rd Dose	
	ప్రెవెనార్ / Prevenar	3వ మోతాదు / 3rd Dose	
14 వారాలు Weeks	Rotarix Vaccine	2వ మోతాదు / 2nd Dose	
	డిపిటి / D.P.T.	3వ మోతాదు / 3rd Dose	
	ఓరల్ పోలియో వాక్సిన్ / Oral Polio Vaccine/IPV	4వ మోతాదు / 4th Dose	
	హెపటైటిస్ బి వాక్సిన్ / Hepatitis - B Vaccine	3వ మోతాదు / 3rd Dose	
3 నెలలు Months	హిబ్ వాక్సిన్ / Hib Vaccine	3వ మోతాదు / 3rd Dose	
	ప్రెవెనార్ / Prevenar	3వ మోతాదు / 3rd Dose	
	హీజిల్లు వాక్సిన్ / Measles Vaccine		
	ఓరల్ పోలియో వాక్సిన్ / Oral Polio Vaccine	5వ మోతాదు / 5th Dose	
1 సంవత్సరం One Year	చికెన్ పాక్స్ (పొంగు వాక్సిన్) / Chicken Pox Vaccine		
	Hepatitis - A Vaccine (1yr.)	1వ మోతాదు / 1st Dose	
	Hepatitis - A Vaccine (18 Months)	2వ మోతాదు / 2nd Dose	
15-18 నెలలు Months	ఎమ్.ఎమ్.ఆర్. (మీజిల్స్ మంప్స్, రూబెల్లా) / M.M.R.		
	డిపిటి / D.P.T. - 1వ బూస్టర్ మోతాదు / IPV	1st Booster Dose	
	ఓరల్ పోలియో వాక్సిన్ / Oral Polio Vaccine	6వ మోతాదు / 6th Dose	
	హిబ్ వాక్సిన్ / Hib Vaccine	4వ మోతాదు / 4th Dose	
	ప్రెవెనార్ / Prevenar	4వ మోతాదు / 4th Dose	
2 ఏళ్లు 2 Years	టైఫాయిడ్ వాక్సిన్ (బూస్టర్ ప్రతి 3వ సంవత్సరం) / Tyhoid Vaccine (Booster Every 3yrs.)		2019
5 ఏళ్లు 5 Years	డిపిటి / D.P.T. - 2వ బూస్టర్ మోతాదు	2nd Booster Dose	
	ఓరల్ పోలియో వాక్సిన్ / Oral Polio Vaccine	7వ మోతాదు / 7th Dose	
	ఎమ్.ఎమ్.ఆర్. (మీజిల్స్ మంప్స్, రూబెల్లా) / M.M.R. Booster Dose		
10 ఏళ్లు 10 Years	టిటి (టెటనస్) - 3వ బూస్టర్ మోతాదు / T.T. (Tetanus) 3rd Booster Dose		
15-16 ఏళ్లు 15-16 Years	టిటి (టెటనస్) - 4వ బూస్టర్ మోతాదు / T.T. (Tetanus) 4th Booster Dose		

పై యిచ్చిన ఇమ్మునైజేషన్ సమయసారాజీని గురించి మీ డాక్టరును కనుక్కోండి. ఈ సమయాలు డాక్టరుగారు మీ శిశువు అవసరాల కనుగుణంగా మార్చవచ్చును.

YOUR CHILD'S IMMUNIZATION SCHEDULE

Age	Birth	2 Months	4 Months	6 Months	12 Months	15 Months	18 Months	24 Months	3-4 Years	4-6 Years	11-12 Years
Vaccine											
BCG											
Hepatitis B											
*Hexa DTaP+Hib+H BV+IPV)											
**Penta (DTaP+ Hib+HIB)			May 15 2012	21 2012							
Rotavirus		KOTA 1 MAY 15 12		21 2012							
Oral Polio Vaccine			MAY 15 2012	21 2012							
Pneumococcal Vaccine		PCV1 MAY 15 12		21 2012							
Measles, Mumps, Rubella				21 2012							
Varicella					21 2012						
Hepatitis A											
Influenza											
Maningococcal ACYW135											

* Hexa: DTaP (Diphtheria, Pertussis, Tetanus) + Hib (Haemophilus influenzae type b) + HBV (Hepatitis B) + IPV (Injectable Polio)

**penta: DTP (Diphtheria, pertussis, Tetanus) + Hib (Haemophilus influenzae type b) + HBV (Hepatitis B)

*** Tetra (DPT + Hib)

	Are the vaccines recommended for routine administration to children
	New Vaccines
	Rescheduled

Following immunization inform the doctor/nurse if your Child is suffering from:

- Epileptic fits, seizures or convulsions
- Any untoward reaction from the previous vaccinations
- Severe cough / colds with fever and not feeling well in anyway

Common Immunization Reactions

Local Swelling, redness and pain at the injection site fever

Home Care Advice for Immunization Reactions

Local Reaction at injection Site:

Cold Pack: 20 minutes each hour as needed

Fever: Give acetaminophen or Ibuprofen by mouth as needed.

Localized Hives: Apply 1% hydrocortisone cream OTC once or twice

15 Months Visit

Age	Weight	Length	Head Circumference	Temperature	Pulse	Respiratory Rate
15 mos.	9.0 kg.	79 cm	44 cm	36.6 °C		

Diet: Breast Milk Fresh Milk Table Food

Development: 3 Word Vocabulary Walks Use Cup

Indicates Wants 2 Cube Tower

Safety: Tobacco Teach Hot and Cold Child Proof Home Drowning

Car Seat

Parenting: Self Feeding Simple Games Temper Tantrums

Dental: Tooth Brushing Avoid Sweets Bottle Caries

Vaccination	Given by	Site & Route	Batch No.	Date
Tetra	Julie	L. deltid Im	A14CA139A	03/06/2013
PCV B	Julie	R4. deltid Im	F38114	03/06/2013

Notes:



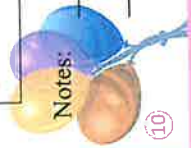
18 Months Visit

Age	Weight	Height	Head Circumference	Temperature	Pulse	Respiratory Rate
18 mos.	9.5 kg.	84.2 cm.	44 cm.	36.9°C		

- Diet:**
- Breast Milk
 - 3 Meal/Day-Snacks
 - Fresh Milk
- Development:**
- 4 to 10 Words
 - Scribbles
 - Climbs Stairs
 - Household Chores
 - Answers Questions
- Safety:**
- Tobacco
 - Electrical Outlets
 - Hot Water
 - Drowning
- Parenting:**
- Toilet Training
 - Play with Others
 - Temper Tantrums
- Dental:**
- Tooth Brushing
 - Avoid Sweets
 - Bottle Caries

Vaccination	Given by	Site & Route	Batch No.	Date
MMR 2	Jay	lt. arm sc	AMJRLC472008	04/09/13
Hepatitis A2	Jay	lt. arm 1m	AMMV969185	04/09/13
OPV B	Jay	oral	55124	04/09/13

Notes: Sigman - Typhoid (Typhoid vi) given
04/09/13



4 – 6 Years Visit

Age	Weight	Height	Blood Pressure	Temperature	Pulse	Respiratory Rate
5y10	15.5kg	109.5		37.2°C		

Diet:
 3 Meals & Snacks
 Avoid Junk Food

Importance of Breakfast

Development:

Clear Speech
 Toilet Trained

Copies Square
 Tolerates Separation

Throws Ball

Safety:

Tobacco
 Water Safety

Safety Belts
 Burns

Watch Outdoor Play

Parenting:

TV Programs

Role Playing

School

Dental:

Tooth Brushing

Avoid Sweets

Dental Visit

Vaccination	Given by	Site & Route	Batch No.	Date
DTaPB	✓	RT deltoid IM	A04B219ATC	✓
Varicella 2	Jay	LT deltoid SL	A90CC786A	22/2/19
OPV B	✓	Oral	204461T	

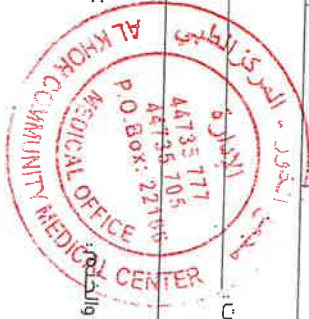
Notes:



Name of the Vaccine اسم التطعيم	Date التاريخ	Signature التوقيع
MMR (www.s98)	20/10/16	Jay

Remarks: _____ ملاحظات:

Signature & Stamp: _____ التوقيع والتمهنة:



Name: Sai Dwa Hurdhiv الاسم:

Date of Birth: 7 Feb 2012 تاريخ الميلاد:

School Name: _____ اسم المدرسة:

Gender: F الجنس:

Nationality: _____ الجنسية:

QID - _____ البطاقة الشخصية:

H.C - _____ البطاقة الصحية: