

الرقم الصحي الشخصي (بطاقة الرعاية): _____

الاسم: _____ الاسم الأول _____ الاسم الكندي (إذا كان يختلف) _____

الجنس: ذكر ___ أنثى ___ تاريخ الميلاد: _____ / _____ / _____

سنة شهر يوم

البلد التي حصلت فيها على التطعيم:							التحصين
سنة/شهر/يوم	سنة/شهر/يوم	سنة/شهر/يوم	سنة/شهر/يوم	سنة/شهر/يوم	سنة/شهر/يوم	سنة/شهر/يوم	
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	دفتريا/السعال الديكي/تيتانوس "الكزاز" (الثلاثي) DIPHTHERIA PERTUSSIS TETANUS (DPT)
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	دفتريا/تيتانوس "الكزاز" DIPHTHERIA TETANUS
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	شلل الأطفال POLIO
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	هيموفيليس أنفلونزا (HIB) HAEMOPHILUS INFLUENZAE B (HIB)
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	الحصبة/النكاف/الحصبة الألمانية (MMR) MEASLES MUMPS RUBELLA (MMR)
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	الحصبة MEASLES (RUBEOLA)
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	الحصبة الألمانية RUBELLA (GERMAN MEASLES)
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	النكاف MUMPS
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	التهاب الكبد الوبائي ب HEPATITIS B
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	التهاب الكبد الوبائي "أ" HEPATITIS A
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	المكورات السحائية عديد السكاريد النوع Type _____ MENINGOCOCCAL Polysaccharide
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	التهاب السحائي النوع Type _____ MENINGOCOCCAL Conjugate
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	التهاب الرئتين عديد السكاريد النوع Type _____ PNEUMOCOCCAL Polysaccharide
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	المكورات الرئوية النوع Type _____ PNEUMOCOCCAL Conjugate
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	جديري الماء VARICELLA (CHICKENPOX)
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	التهاب الدماغ الياباني JAPANESE ENCEPHALITIS
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	الدرن (السل) BCG
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	أخرى Other