Modèle de carte de vaccination/de santé en prévision de la distribution de vitamine A			
Nom de l'enfant			
Mâle ou Femelle	Femelle ☐	Mâle ☐	
Date de naissance	Jour:	Mois:	Année:
Nom de la mère			
nom du père			
Adresse			

Age de l'enfant	**Vitamine A: dose et date administrée**	**Albendazole (400 mg) : date administré**	**Prochain rendez-vous: (date)**
0-5 Mois	NE DONNEZ PAS	NE DONNEZ PAS	
6-11 Mois	100,000 IU:	NE DONNEZ PAS	
12-17 Mois	200,000 IU:	1/2 Comprimé:	
18-23 Mois	200,000 IU:	1/2 Comprimé:	
24-29 Mois	200,000 IU:	1 Comprimé:	
30-35 Mois	200,000 IU:	1 Comprimé:	
36-41 Mois	200,000 IU:	1 Comprimé:	
42-47 Mois	200,000 IU:	1 Comprimé:	
48-53 Mois	200,000 IU:	1 Comprimé:	
54-59 Mois	200,000 IU:	1 Comprimé:	

Vaccins	**Date administré**	**Date du prochain rendez-vous**
BCG		
DTP1		
DTP2		
DTP3		
OPV0		
OPV1		
OPV2		
OPV3		
ROUGEOLE		
HepB0		
HepB1		
HepB2		
HepB3		

Autres Services	**Date administré**	*Date du prochain rendez-vous*
Moustiquaire imprégnée d'insecticide		