

*Contoh Kartu Menuju Sehat/Kartu Imunisasi, termasuk Vitamin A dan Albendazole*

Informasi Anak/Keluarga			
Nama Anak			
Jenis Kelamin (pilih salah satu)		Perempuan <input type="checkbox"/>	Laki-laki <input type="checkbox"/>
Tanggal Lahir Anak	Tanggal:	Bulan:	Tahun:
Nama Ibu			
Nama Ayah			
Alamat Rumah			
Usia Anak	Dosis dan Tanggal Pemberian Vitamin A: (hh/bb/tt)	Tanggal Pemberian Albendazole 400mg (hh/bb/tt)	Tanggal Pemberian Selanjutnya (hh/bb/tt)
0-5 Bulan	JANGAN DIBERIKAN	JANGAN DIBERIKAN	
6-11 Bulan	100.000 SI:	JANGAN DIBERIKAN	
12-17 Bulan	200.000 SI:	1/2 Tablet:	
18-23 Bulan	200.000 SI:	1/2 Tablet:	
24-29 Bulan	200.000 SI:	1 Tablet:	
30-35 Bulan	200.000 SI:	1 Tablet:	
36-41 Bulan	200.000 SI:	1 Tablet:	
42-47 Bulan	200.000 SI:	1 Tablet:	
48-53 Bulan	200.000 SI:	1 Tablet:	
54-59 Bulan	200.000 SI:	1 Tablet:	
VAKSINASI	Tanggal Pemberian (hh/bb/tt)		Tanggal Pemberian Selanjutnya (hh/bb/tt)
BCG			
DTP1			
DTP2			
DTP3			
OPV0			
OPV1			
OPV2			
OPV3			
CAMPAK			
HepB0			
HepB1			
HepB2			
HepB3			
LAYANAN KESEHATAN LAINNYA YANG DIBERIKAN	Tanggal Pemberian (hh/bb/tt)		Tanggal Pemberian Selanjutnya (hh/bb/tt)
Kelambu Berinsektisida			