מדינת ישראל
משרד הבריאות
היחידה לבריאות האם והילד

כרטיס ילד

תחנה לטפול באם ובילד .....

מספר גליון המשפחה .....

השם ....
פרטי משפחה

מספר הזהות

3	2	3	8	0	9	0	1	7

המען .....

תאריך לידה ..... משקל לידה .....

מבוטח בקו"ח ..... סניף ..... מס' .....

הביאי נא את הכרטיס הזה בכל בקור בתחנה או במרפאה.

מ.בר. 207 60-2070-8

רשום אחות התחנה

שם האחות	הערות	משקל ומדידות	תאריך
335			
362			
38	57	4.820	2.1.4
40	(a)		1.2.02
45.5	76.5	10.195	25.10.02
	92	13.58	

רשום הרופא (תחנה, מרפאה וכו')

תאריך	טיפול והוראות	שם הרופא
1.2.02	9:00 - חיסון	לבנה אלבוים
25.1.02	12:00 - תקלרת + חיסון	
3.3.02	11:45 - בדיקה	רוסאה דיואל
4.4.02	9:30 - חיסון	
1.12.02	11:30 - חיסון + בדיקה	
23.7	10:30 אחות + רופא	

دولة اسرائيل
وزارة الصحة

מדינת ישראל
משרד הבריאות

STATE OF ISRAEL
MINISTRY OF HEALTH

פנקס חיסונים

بطاقة تطعيمات

VACCINATION RECORD

מדינת ישראל
משרד הבריאות

دولة اسرائيل
وزارة الصحة

פנקס בטחון

תינוקות א / ב / ט.נ. יילוד
מ. אשפוז: 30290531
הכסטר בן/בת רונית
שם אב: בימין
תאריך: _____ שעה: _____
מ.ז.: 4-30290531 מכבי

שם משפחה
اسم العائلة

שם פרטי
الاسم الشخصي

מס' זהות
رقم الهوية

3	2	5	8	0	9	0	1	2

תאריך הלידה
تاريخ الميلاد

שנה **السنة**	חודש **الشهر**	יום **اليوم**
01	9	21

ישוב **بلد** _____ מיקוד **ميكود** _____

רחוב **شارع** _____ מספר **رقم** _____

טל. **هاتف** _____

שמור על פנקס החיסונים. הפנקס מיועד לרישום כל החיסונים ובדיקות הנוגדנים המבוצעים במדינת ישראל.
כל חיסון חייב להרשם בפנקס.

حافظ على بطاقة التطعيم، البطاقة معدة لتسجيل جميع التطعيمات وفحوصات المناعة التي تجري في دولة اسرائيل من يوم الولادة ومدى العمر.
يجب تسجيل جميع التطعيمات في البطاقة.

HEPATITIS B VACCINE חיסון נגד דלקת כבד B
HBV

تطعيم ضد التهاب الكبد الفيروسي -ب- اليرقان الوبائي

מנה وجبة	תאריך ביצוע החיסון تاريخ اجراء التطعيم	שם היצרן ושם התרכיב اسم المنتج واسم المصل	מס' אוצווה رقم الصنف	שם מבצע החיסון اسم منفذ التطعيم	שם המוסד המבצע اسم المؤسسة المنفذة
1 ١	21/7/01	ENG	5008A2	[illegible]	[illegible]
2 ٢	5/11/01	ENG	5113B2	[illegible]	
3 (דחף) ٣ (مكمل)	24.5.02	EngB	5197A2	[illegible]	

בדיקת P.K.U
فحص

תאריך הביצוע תוצאות בדיקה חוזרת
تاريخ التنفيذ 23.9.01 **نتيجة** _____ **فحص مكرر** _____

בדיקת תת-תריסיות
فحص الغدة الدرقية

תאריך הביצוע תוצאות בדיקה חוזרת
تاريخ التنفيذ 23.9.01 **نتيجة** _____ **فحص مكرر** _____

חיסון נגד שיתוק ילדים IPV (תרכיב מומת)

تطعيم ضد شلل الاطفال IPV (مصل مموت الفيروس)

תאריך ביצוע החיסון **تاريخ اجراء التطعيم**	שם היצרן ושם התרכיב **اسم المنتج واسم المصل**	מס' אוצווה **رقم الصنف**	שם מבצע החיסון **اسم منفذ التطعيم**	הערות **الملاحظات**
3.12.01	IMOVAX	T1460	מ.ל	
1.2.02	IMOVAX	T1460	מ.ל	
02 12 02	SKB Infanrix IPV+Hib	20H029	אביגיל שם	ירמי
27.9.05	boostrix polio dTap+ipv		תמי	

חיסון נגד המופילוס אינפלואנזה Hib - b

تطعيم ضد التهاب غشاء المخ Hib (السحايا)

מנה **وجبة**	תאריך ביצוע החיסון **تاريخ اجراء التطعيم**	שם היצרן ושם התרכיב **اسم المنتج واسم المصل**	מס' אוצווה **رقم الصنف**	שם מבצע החיסון **اسم منفذ التطعيم**	שם המוסד המבצע **اسم المؤسسة المنفذة**	הערות **الملاحظات**
1 ١	3.12.01	Tetrac HIB	T0596	מ.ל	ה.ל	
2 ٢	1.2.02	Tetrac HIB	T0596	מ.ל	ה.ל	
3 ٣	24.5.02	INFANRIX +HIB	14H029 SKB	מ.ל	ה.ל	
4 ٤	02 12 02	SKB Infanrix IPV+Hib	20H029	אביגיל שם	ירמי	

חיסון נגד דיפתריה טטנוס, ושעלת - DTP

تطعيم DTP

(تطعيم ضد الدفتيريا، التيتنوس ، السعال الديكي)

מנה وجبة	תאריך ביצוע החיסון تاريخ اجراء التطعيم	שם ~~היצרן~~ ושם התרכיב اسم المنتج واسم المصل	מס' אוצווה رقم الصنف	שם מבצע החיסון اسم منفذ التطعيم	שם המוסד המבצע اسم المؤسسة المنفذة
מנה 1 ١	3.12.9	Tetract HIB	Tooli	[illegible]	[illegible]
מנה 2 ٢	1.2.02	Tetract HIB	Tooli	[illegible]	[illegible]
מנה 3* وجبة ٣	24.5.02	Infarix +HIB	14H0259 SKB	[illegible]	[illegible]
דחף مكمل	02 12 02	SKB Infarix IPV+HIB	[illegible]	[illegible]	[illegible]
	22.9.[illegible]	polio gsk	boostrix dTap+ipv AC3918012AM	[illegible]	[illegible]

הערה: במקרה של מתן DT בלבד נא לרשום בעמוד הבא למעלה.

ملاحظة: في حالة اعطاء DT فقط يجب التسجيل في الصفحة التالية في القسم الأعلى.

חיסון נגד דיפתריה וטטנוס לילדים DT (עד גיל 8 שנים)
(تطعيم ضد الدفتيريا والتيتنوس للاولاد DT (لغاية جيل ٨

תאריך ביצוע החיסון **تاريخ اجراء التطعيم**	שם היצרן ושם התרכיב **اسم المنتج واسم المصل**	מס' אוצווה **رقم الصنف**	שם מבצע החיסון **اسم منفذ التطعيم**	הערות **الملاحظات**

חיסון נגד דיפתריה וטטנוס למבוגרים Td (החל מגיל 8 שנים)
(تطعيم ضد الدفتيريا والتيتنوس للكبار Td (بداية من جيل ٨ سنوات

תאריך ביצוע החיסון **تاريخ اجراء التطعيم**	שם היצרן ושם התרכיב **اسم المنتج واسم المصل**	מס' אוצווה **رقم الصنف**	שם מבצע החיסון **اسم منفذ التطעيم**	הערות **الملاحظات**
13.12.13	Imovax DT Sanofi Pasteur	255	לדר'	לדר' (הפרה)
29.9.14	Adacel	6TAP CH26AE	מרינה אחות	קרופצקי בית-ספר
			נטלי חטיבת	חינוך והדרכה

חיסון נגד שיתוק ילדים OPV (תרכיב חי מוחלש דרך הפה)

تطعيم ضد شلل الاطفال OPV (مصل حي مضعف الفيروس)

תאריך ביצוע החיסון تاريخ اجراء التطعيم	שם היצרן ושם התרכיב اسم المنتج واسم المصل	מס' אוצווה رقم الصنف	שם מבצע החיסון اسم منفذ التطعيم	הערות الملاحظات
1.2.02	SABIN	53085A4A	[illegible]	
24.5.02	SABIN	53187A4B	[illegible]	
02 12 02	SABIN	53085A4C	[illegible]	[illegible]

חיסון נגד חצבת, חזרת ואדמת MMR או אחד מהם*
التطعيم ضد الحصبة النكاف "ابو دغيم ابو زمور"
والحصبة الالمانية او واحد منها *

תאריך ביצוע החיסון تاريخ اجراء التطعيم	שם היצרן ושם התרכיב اسم المنتج واسم المصل	מס' אוצווה رقم الصنف	שם מבצע החיסון اسم منفذ التطعيم	הערות الملاحظات
	MMR Priorix	MJR391A44A	מ.ל קדום	
25.10.02				
22.10.02	Priorix	MMR U59A3	" "	כן

* אם ניתן אחד מהם, נא לציין בהערות.
* اذا اعطي واحدة منها الرجاء تدوين ذلك في الملاحظات.

הערה _____

חיסון נגד דלקת כבד A HEPATITIS A VACCINE
HAV
تطعيم ضد التهاب الكبد الفيروسي -أ- اليرقان الوبائي

מנה وجبة	תאריך ביצוע החיסון تاريخ اجراء التطعيم	שם היצרן ושם התרכיב اسم المنتج واسم المصل	מס' אוצווה رقم الصنف	שם מבצע החיסון اسم منفذ التطعيم	שם המוסד המבצע اسم المؤسسة المنفذة
I	1.6.03	HAVRIX 720	680A2	אבו דגים	כ"ל
II	29.10.04	HAVRIX 720	VHA8 20A2	מ.ל קדום	כ"ל

TUBERCULIN TEST תבחין טוברקולין

فحص منطو – لحساسية السل

תאריך التاريخ	שם היצרן اسم المنتج	ריכוז החומר (מס' היחידות) تركيز المادة (عدد الوحدات)	תגובה במ"מ رد الفعل بالميلمتر	שם המבצע اسم المنفذ	שם המוסד המבצע اسم المؤسسة المنفذة

חיסון נגד שחפת B.C.G.

ضد السل بي.سي.جي.

תאריך ביצוע החיסון تاريخ اجراء التطعيم	שם היצרן ושם התרכיב اسم المنتج واسم المصل	מס' אוצווה رقم الصنف	שם מבצע החיסון اسم منفذ التطعيم	הערות الملاحظات

OTHER IMMUNIZATIONS חיסונים אחרים*

تطعيمات اخرى

הערות الملاحظات	שם המבצע והמוסד اسم المنفذ والمؤسسة	מס' אוצווה رقم الصنف	שם היצרן ושם התרכיב اسم المنتج واسم المصل	תאריך ביצוע החיסון تاريخ اجراء التطعيم	מס' המנה اسم الوجبة	שם החיסון اسم التطعيم
	VA283A	Varilrix 43A		4.04.04	Varilrix	
	מרינה קרופצקי אחות בית-ספר נטלי חטיבת חינוך והדרכה		GARDASIL - HPV יצרן: MSD אצווה: 1000769			29.9.14
			GARDASIL - HPV יצרן: MSD אצווה: Kor769		II	1/11/14
	גלה אטיאס אחות בית-ספר נטלי חטיבת חינוך והדרכה			gardacil-HPV-MSD		27.9.15

* בדף זה ירשמו חיסונים כגון:

TT טטנוס טוקסואיד,
IG אימונוגלובין סטנדרטי, כלבת - סביל ופעיל
הערה: כאשר מתחילים חיסון ראשון מתוך הסידרה, יש להשאיר מקום עוקב לחיסונים הנוספים מאותה מסידרה.

רישומים נוספים
تسجيلات اضافية

רגישויות حساسية	
הוריות נגד تعليمات مضادة	
אחר اخرى	