

**EESTI
IMMUNISEERIMISPASS**

**ESTONIA
Passport of immunization**

Nimi _____
Name

Isikukood _____
Personal code

Vastunäidustused _____
Contraindications

INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS

This is to certify that [name] _____

date of birth _____ sex _____

nationality _____

national identification document, if applicable _____

whose signature follows _____

has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against:
(name of disease or condition)

in accordance with the International Health Regulations.

Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique	Date Date	Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable	Manufacturer a or prophylaxis Fabricant du va prophylactique

CERTI PROPI

Nous cer

né(e) le

et de nat

document

dont la si

a été vac
maladie

conforme

CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE

Nous certifions que [nom] _____

né(e) le _____ de sexe _____

et de nationalité _____

document d'identification national, le cas échéant _____

dont la signature sui _____

a été vaccinée(e) ou reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre: (nom de la maladie ou de l'affection)

conformément au Règlement sanitaire international.

Signature of Responsible	Manufacturer and batch No. of vaccine or prophylaxis Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificate valid from: until: Certificat valable à partir du: Jusqu'au:	Official stamp of administering centre Cachet officiel du centre habilité

Immuniseerimine tuberkuloosi vastu

Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	

Immuniseerimine B-viirushepatiidi vastu

Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	

Immuniseerimine rotaviirusnakkuse vastu

Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	

Immunization against tuberculosis

Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri
Name and signature of physician/nurse

Järgmise immuni-
seerimise kuupäev
*Date of next
immunization*

Immunization against hepatitis B

Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri
Name and signature of physician/nurse

Järgmise immuni-
seerimise kuupäev
*Date of next
immunization*

Immunization against rotavirus infection

Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri
Name and signature of physician/nurse

Järgmise immuni-
seerimise kuupäev
*Date of next
immunization*

Immuniseerimine difteeria, teetanuse, läkaköha, poliomüeliidi, *Haemophilus influenzae* b, B-viirushepatiidi vastu

Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	

Immuniseerimine difteeria, teetanuse, läkaköha, poliomüeliidi vastu

Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	

omüeliidi,

Immunization against diphtheria, tetanus, pertussis, poliomyelitis, *Haemophilus influenzae* b, hepatitis B

		Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>

Immunization against diphtheria, tetanus, pertussis, poliomyelitis

		Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>

**Immuniseerimine difteeria,
teetanuse või difteeria, teetanuse, läkaköha vastu**

Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	

Immuniseerimine poliomüeliidi vastu

Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	

Immunization against diphtheria, tetanus or diphtheria, tetanus, pertussis		
	Tervishoiutõõtaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>
Immunization against poliomyelitis		
	Tervishoiutõõtaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>

Immuniseerimine *Haemophilus influenzae* b vastu

Kuupäev

Date

Vaktsiini nimetus, partii number

*Name of vaccine and batch No***Immuniseerimine leetrite, mumps, punetiste vastu**

Kuupäev

Date

Vaktsiini nimetus, partii number

*Name of vaccine and batch No***Immuniseerimine inimese papilloomiviiruse vastu**

Kuupäev

Date

Vaktsiini nimetus, partii number

Name of vaccine and batch No

Immunization against *Haemophilus influenzae* b

	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>

Immunization against measles, mumps, rubella

	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>

Immunization against *Human Papilloma Virus*

	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>

[illegible]

[illegible]

Nimi _____
Name

Isikuko _____
Person

Vastus _____
Contract