

| Sl. No | Immunization                                         | Age             | Date of Vaccination | Signature of Doctor |
|--------|------------------------------------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| 1      | B.C.G.<br>O.P.V. (Zero dose)<br>Hepatitis B I Dose   | At Birth        | 13/1/05             | [Signature]         |
| 2      | D.P.T. I Dose<br>O.P.V.<br>Hepatitis B II Dose       | 1½ Months       | 5/3/05              | [Signature]         |
| 3      | D.P.T. II Dose<br>O.P.V.                             | 2½ Months       | 14/4/05             | [Signature]         |
| 4      | O.P.V. III Dose                                      | 3½ Months       | 10/5/05             | [Signature]         |
| 5      | O.P.V. IV Dose                                       | 4½ Months       |                     |                     |
| 6      | Hepatitis B III Dose                                 | 6 Months        | 8/6/05              |                     |
| 7      | Measles                                              | After 9 Months  | 15/1/06             |                     |
| 8      | M.M.R.                                               | After 15 Months |                     |                     |
| 9      | Booster D.P.T.<br>O.P.V.                             | 18 Months       | 12/7/06             |                     |
| 10     | II Booster - D.P.T.<br>O.P.V.<br>Hepatitis B Booster | 5 Years         | 24/3/07             |                     |
| 11     | T.T.                                                 | 10 Years        |                     |                     |
| 12     | Rubella Booster                                      | 10 Years        |                     |                     |
| 13     | TYPHOID                                              | After 5 Years   | Optional            |                     |
| 14     | H-INFLUENZA                                          | After 2 Months  | Optional            |                     |

പ്രിൻസിപ്പൽ ആരോഗ്യപ്രവർത്തനം  
പോളിയോ വാക്സിനേഷൻ  
കൊടുക്കുമ്പോൾ  
അറിഞ്ഞിരിക്കേണ്ട  
കാര്യങ്ങൾ

1. പ്രിൻസിപ്പൽ കൊടുത്ത  
തിനുശേഷം പരിക്കുകയാണെ  
ങ്കിൽ ഡോക്ടർ നിർദ്ദേശിക്കുന്ന  
മരുന്ന് കൊടുക്കുക. 24 മണി  
ക്കുറിപ്പുശേഷം പനി മാറുന്നില്ല  
ങ്കിൽ ഡോക്ടറെ സമീപിക്കുക.

2. പ്രിൻസിപ്പൽ പോളിയോ  
വാക്സിനേഷൻ കൊടുക്കുന്നതിന്  
മുമ്പ് കുഞ്ഞിന് എലിനീക്കം  
കൊടുക്കരുത്. എലിനീക്കം  
കൊടുക്കുന്നത് കുഞ്ഞിനെ  
വേഗം മരിക്കാൻ കൊടുത്താൽ മതി.

3. പനി, ചുമ, ജലദാശം മുതൽ  
ലമായ നിത്യജീവനിലെ  
പ്രതിരോധ കുത്തിവെയ്പ്പ് നിർദ്ദേശിക്കപ്പെടുന്നു.

N.B.:-

\* പ്രിൻസിപ്പൽ പോളിയോ  
MMR എന്നിവ വാക്സിനേഷൻ  
കൾ അയോഗ്യരായ കുഞ്ഞിന്  
എല്ലാ ദിവസവും കൊടുക്കേണ്ടതാണ്.

\* B.C.G. വാക്സിനേഷൻ  
പിന്നെ എങ്കിലും  
വെർഷ്യൻ എല്ലാ വർഷവും  
ഉള്ളതിനാൽ 3 വർഷം  
ശേഷം സാധാരണയായി  
കൊടുക്കേണ്ടതാണ്.

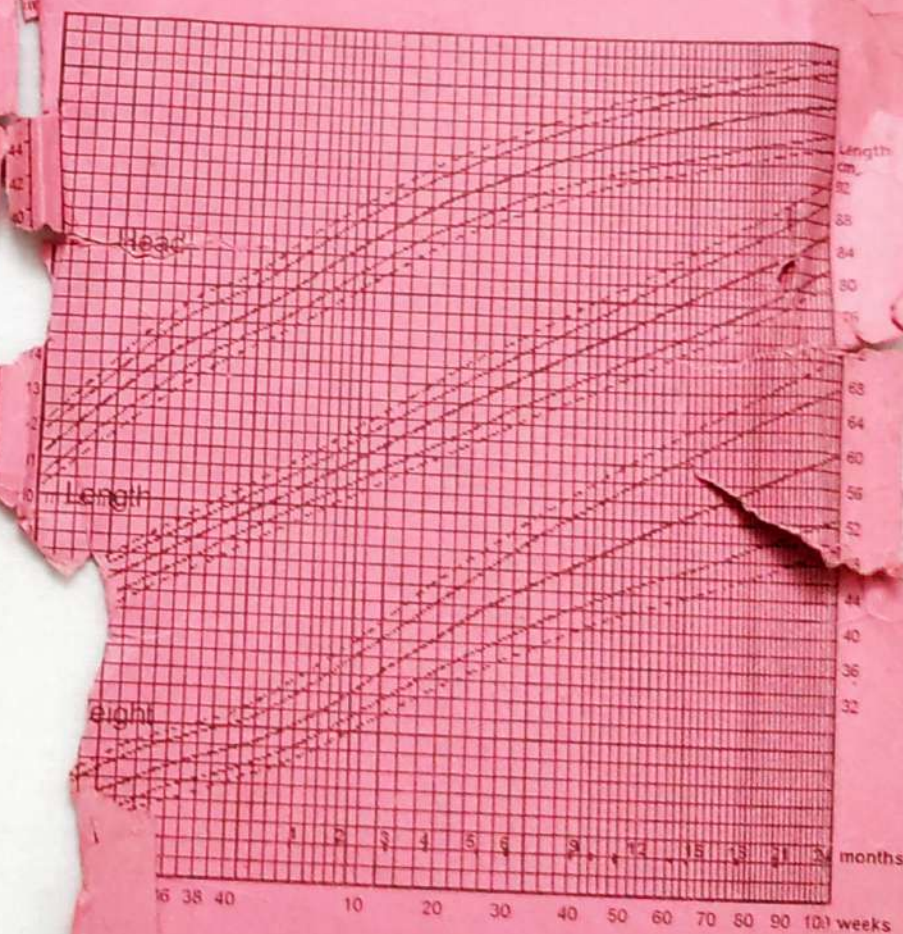
## GROWTH CHART

HLNo:

DOB:

Gestation

Inf Girls



Age Corrected to EDD

ഈ കാർഡ് രോഗപ്രതിരോധത്തിന്റെ അടിസ്ഥാനപരമായ ഭാഗമാണ്. ഇതിൽ സൂചിപ്പിക്കുന്നതുമാണ്  
സ്കൂളിൽ ചേരുന്നതിനും മറ്റും ഇത് പ്രയോജനപ്പെടും.