

**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.

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

conformément au Règlement sanitaire international.

Vaccine or prophylaxis Vaccin ou agent prophylactique	Date Date	Signature and professional status of supervising clinician Signature et titre du clinicien responsable	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		Immunization against tuberculosis	
Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>
Immuniseerimine B-viirushepatiidi vastu		Immunization against hepatitis B	
Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>
Immuniseerimine rotaviirusnakkuse vastu		Immunization against rotavirus infection	
Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	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****Immunization against diphtheria,
tetanus or diphtheria, tetanus, pertussis**

Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>

Immuniseerimine poliomüeliidi vastu**Immunization against poliomyelitis**

Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>

Immuniseerimine <i>Haemophilus influenzae</i> b vastu		Immunization against <i>Haemophilus influenzae</i> b	
Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>
Immuniseerimine leetrite, mumps, punetiste vastu		Immunization against measles, mumps, rubella	
Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>
Immuniseerimine inimese papilloomiviiruse vastu		Immunization against <i>Human Papilloma Virus</i>	
Kuupäev <i>Date</i>	Vaktsiini nimetus, partii number <i>Name of vaccine and batch No</i>	Tervishoiutöötaja nimi ja allkiri <i>Name and signature of physician/nurse</i>	Järgmise immuni- seerimise kuupäev <i>Date of next immunization</i>

