

Ukrainian

# IMMUNISATION PASSPORT

## ПАСПОРТ ВАКЦИНАЦІЇ



[www.immunisation.ie](http://www.immunisation.ie)

Name  
Ім'я

DOB  
Дата народження

This is an important document, please keep it safe.  
Це важливий документ. Будь ласка, зберігайте його у надійному місці.



## Загальна інформація

Цей паспорт вакцинації призначено для того, щоб вести облік всіх вакцин, які ви отримали.

Ці відомості мають містити всі

- вакцини, які людина отримує у перші місяці життя,
- вакцини, які людина отримує в рамках шкільної програми імунізації,
- вакцини, необхідні для подорожей, та
- вакцини, які людина отримує у зрілому віці.

Іноді вам можуть знадобитися інші вакцини, наприклад після спалаху будь-якого захворювання, для роботи або для поїздок. Ви також можете реєструвати ці вакцини у цьому паспорті.

**Будь ласка, беріть із собою паспорт вакцинації на кожен вакцинаційний візит.**

Name Ім'я

Also known as

Інші варіанти написання

Date of Birth Дата народження

Place of Birth Місце народження

Address Адреса

Contact Phone Number(s)

Телефон(-и)

Mobile Мобільний телефон

Email Address E-mail

Individual Health Identifier

Індивідуальний ідентифікатор  
охорони здоров'я (IHI)

PPS No.

Номер Служби державного  
забезпечення (PPS)

Allergies Алергії

In Case of Emergency Name(s)

Контактна(-и) особа(-и) на

випадок невідкладної ситуації

Contact Number(s) Телефон(-и)

GP Name  
Ім'я сімейного лікаря

GP Address  
Адреса сімейного лікаря

GP Phone Number  
Телефон сімейного лікаря

GP Name  
Ім'я сімейного лікаря

GP Address  
Адреса сімейного лікаря

GP Phone Number  
Телефон сімейного лікаря

GP Name  
Ім'я сімейного лікаря

GP Address  
Адреса сімейного лікаря

GP Phone Number  
Телефон сімейного лікаря

Please keep this booklet safe and bring it with you to every vaccination appointment.

Будь ласка, зберігайте цю брошуру у надійному місці та беріть із собою на кожен вакцинаційний візит.

# План вакцинації дітей протягом перших місяців життя



Вакцинація за віком

**2**  
місяці

**Візит 1** **6 в 1+PCV+MenB+Rotavirus**  
3 ін'єкції + пероральні краплі

**4**  
місяці

**Візит 2** **6 в 1+MenB+Rotavirus**  
2 ін'єкції + пероральні краплі

**6**  
місяців

**Візит 3** **6 в 1+PCV+MenC**  
3 ін'єкції

**Вакцина проти ротавірусу має бути прийнята до віку 8 місяців 0 днів**

**12**  
місяців

**Візит 4** **MMR + MenB**  
2 ін'єкції

**13**  
місяців

**Візит 5** **Hib/MenC + PCV**  
2 ін'єкції

Не забудьте дати дитині 3 дози рідкого парацетамолу для дітей після прийому вакцини MenB у віці 2 та 4 місяців.

1. Дайте 2,5 мл (60 мг) рідкого парацетамолу для дітей одночасно з вакциною або відразу після її прийому.
2. Дайте другу дозу у 2,5 мл (60 мг) через 4–6 годин після першої.
3. Дайте третю дозу у 2,5 мл (60 мг) через 4–6 годин після другої.



Пам'ятайте, що вам потрібно  
відвідати сімейного лікаря  
п'ять разів

[www.immunisation.ie](http://www.immunisation.ie)



## Primary Childhood Immunisations

Вакцини, які людина отримує у перші місяці життя

Vaccine Name	Age Given	Manufacture	Batch Number
--------------	-----------	-------------	--------------

### GP Visit 1 2 months 2 місяці

6 in 1

PCV

MenB

Rota

### GP Visit 2 4 months 4 місяці

NEXT APPOINTMENT DATE ДАТА НАСТУПНОГО ВІЗИТУ

6 in 1

MenB

Rota

### GP Visit 3 6 months 6 місяців

NEXT APPOINTMENT DATE ДАТА НАСТУПНОГО ВІЗИТУ

6 in 1

PCV

MenC

**6 in 1 / 6 в 1** – Diphtheria, Haemophilus influenzae b (Hib), Hepatitis B, Pertussis (Whooping cough), Polio, Tetanus  
вакцина проти дифтерії, гемофільної інфекції b (Hib), гепатиту В, коклюшу, поліомієліту та правця

**MenC** – Meningococcal C

кон'югована вакцина проти менінгококової інфекції C

Name  
Ім'я

DOB

Дата народження

Я

Expiry Date	Route/Site	Administered by	Date
-------------	------------	-----------------	------










**PCV** – Pneumococcal conjugate

пневмококова кон'югована вакцина

**MenB** – Meningococcal B

рекомбінантна вакцина проти менінгококової інфекції B

**Rota** – Rotavirus

пероральна вакцина проти ротавірусної інфекції

## Primary Childhood Immunisations

Вакцини, які людина отримує у перші місяці життя

Vaccine Name	Age Given	Manufacture	Batch Number
--------------	-----------	-------------	--------------

### GP Visit 4 12 months 12 місяців

NEXT APPOINTMENT DATE ДАТА НАСТУПНОГО ВІЗИТУ

MMR

MenB

### GP Visit 5 13 months 13 місяців

NEXT APPOINTMENT DATE ДАТА НАСТУПНОГО ВІЗИТУ

Hib/MenC

PCV

Other Інші

**MMR** - Measles, Mumps, Rubella вакцина проти кору, свинки та краснухи

**MenB** - Meningococcal B рекомбінантна вакцина проти менінгококової інфекції B

**PCV** - Pneumococcal conjugate пневмококова кон'югована вакцина

**Hib/MenC** - Haemophilus influenzae b / Meningococcal C вакцина проти гемофільної інфекції b / кон'югована вакцина проти менінгококової інфекції C





Name

DOB

Ім'я

Дата народження

Я

Expiry Date	Route/Site	Administered by	Date
-------------	------------	-----------------	------












## School Immunisations

### Вакцини, які людина отримує в рамках шкільної програми імунізації

Vaccine Name	Age Given	Manufacture	Batch Number
4 in 1			
MMR			
Tdap			
MenACWY			
HPV Dose 1			

NEXT APPOINTMENT DATE ДАТА НАСТУПНОГО ВІЗИТУ

HPV Dose 2			
Other Інші			

**4 in 1 / 4 в 1** – Diphtheria, Pertussis (whooping cough), Polio, Tetanus  
вакцина проти дифтерії, правця, коклюшу, поліомієліту

**MMR** – Measles, Mumps, Rubella

вакцина проти кору, свинки та краснухи

**Tdap** – Tetanus, low dose diphtheria and acellular pertussis (whooping cough)

вакцина проти правця, дифтерії (у малій дозі) та коклюшу (у малій дозі)

Name

Ім'я

DOB

Дата народження

Expiry Date	Route/Site	Administered by	Date


**MenACWY** – Meningococcal C

кон'югована вакцина проти менингококової інфекції A, C, W, Y

**HPV** – Human papillomavirus

вакцина проти вірусу папіломи людини





# Рекомендації після вакцинації

Які поширені реакції можуть проявитися у моєї дитини після вакцинації та які мають бути мої дії?

Поширені реакції	Що робити
Після прийому вакцини MenB у віці 2 та 4 місяців (візити 1 та 2) зазвичай виникає жар  Дитині слід давати парацетамол лише після вакцинаційних візитів у віці 2 та 4 місяців	Дайте дитячий парацетамол у формі суспензії <ol style="list-style-type: none"><li>1. Першу дозу у кількості 2,5 мл (60 мг) слід дати під час вакцинаційного візиту або одразу після нього.</li><li>2. Другу дозу у кількості 2,5 мл (60 мг) слід дати через 4–6 годин після першої дози.</li><li>3. Третю дозу у кількості 2,5 мл (60 мг) слід дати через 4–6 годин після другої дози.</li><li>4. Дайте дитині четверту дозу через 4–6 годин після третьої дози, якщо її все ще буде турбувати жар.</li></ol>
Підвищена чутливість, набряклість* і почервоніння в місці ін'єкції	Дайте парацетамол або ібупрофен, щоб зняти біль.
	Не надягайте на дитину одяг, який обтягує або натирає місце ін'єкції.
Легка діарея після вакцинації проти ротавірусної інфекції	Дайте дитині більше молока.
	Ретельно мийте руки після заміни підгузків малюка.
Жар (температура вище 39 °C)	Не надягайте на дитину багато одягу.
	У приміщенні не має бути дуже жарко.
	Давайте дитині більше рідини.
	Дайте дитині парацетамол або ібупрофен, щоб збити жар.
Головний біль або дратівливість	Дайте парацетамол або ібупрофен, щоб зняти біль.

\* У школярів набряклість руки може поширюватися від плеча до ліктя. Зазвичай вона виникає протягом 2 днів після вакцинації та починає сходити через 4–5 днів. Для зняття цієї місцевої реакції не варто застосовувати антибіотики.

- Доза парацетамолу або ібупрофену, що рекомендована для вашого малюка, вказана на флаконі відповідно до віку дитини.
- Попросіть у фармацевта ібупрофен або парацетамол без цукру, які підходять для вашої дитини за віком.
- Використання парацетамолу або ібупрофену протягом тривалого часу без консультації з лікарем може бути шкідливим.

Якщо ваша дитина отримала вакцину MMR, то через 6–10 днів після вакцинації у неї може з'явитися висипання («мінікір»). Це не становить загрози для оточуючих.

## Notes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Published by: HSE National Immunisation Office  
Publication date: April 2022