

## ВАШЕМУ РЕБЕНКУ ПОТРЕБУЮТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИВИВКИ:

При рождении: НерВ

В возрасте 2 месяцев: DТаР, НерВ, Hib, Pneumo, Polio, RV

В возрасте 4 месяцев: DТаР, НерВ\*, Hib, Pneumo, Polio, RV

В возрасте 6 месяцев: DТаР, НерВ, Hib, Pneumo, Polio, RV

В возрасте 12 месяцев: НерА, Hib, MMR, Pneumo, Var

В возрасте 15 месяцев: DТаР

В возрасте 18 месяцев: НерА

С 6 месяцев и до достижения 5-летнего возраста, а также детям группы повышенного риска – прививка от гриппа (каждую осень)

DТаР – прививка от дифтерии, столбняка и бесклеточного коклюша

НерА/НерВ – прививки от гепатита типов А и В

Hib – прививка от менингита, вызываемого *Haemophilus influenzae* В

MMR – прививка от кори, свинки, краснухи

Pneumo – вакцина пневмококкового конъюгата

RV – ротавирусная вакцина

Var – прививка от ветряной оспы (ветрянки)

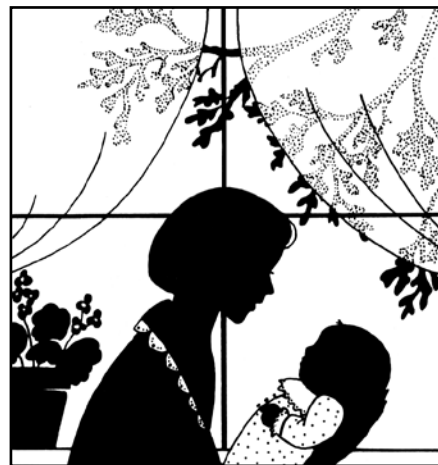
\*если 1-я прививка была сделана в 2 месяца, а не сразу после рождения

♥ Примите наши наилучшие пожелания! ♥

California Department of Public Health

Immunization Branch

850 Marina Bay Parkway • Richmond, CA 94804




Ничто не сравнится  
с родительской  
любовью. ♥

**Т**еперь у вас появился ребенок, которому нужна ваша любовь.

**Д**арите своему ребенку как можно больше любви – **в том числе**, вовремя делайте ему прививки. Они защитят вашего ребенка от чрезвычайно опасных заболеваний.

**П**ервую прививку ребенку необходимо сделать **сразу после рождения**. В перечне, приведенном на обороте, указано, когда следует делать остальные прививки. Не подвергайте вашего ребенка опасности, делайте все прививки **вовремя**. Запишитесь на прием к вашему врачу или в вашу клинику прямо сейчас, чтобы вашему ребенку сделали первые прививки.

**В**рач или медсестра выдадут вам **карточку профилактических прививок** вашего ребенка (**Immunization Record**). Берите эту карточку с собой каждый раз, когда будете приходить с ребенком на прием к врачу или в клинику. Кроме того, вы должны будете предъявить эту карточку, когда ваш ребенок будет поступать в дошкольное детское заведение или в школу. Пожалуйста, не теряйте эту карточку – она будет нужна вашему ребенку в течение всей жизни.

<b>IMMUNIZATION RECORD</b>	
Comprobante de Inmunización	
	
Name nombre	_____
Birthdate fecha de nacimiento	_____
Allergies alergias	_____
Vaccine Reactions reacciones a la vacuna	_____
RETAIN THIS DOCUMENT — CONSERVE ESTE DOCUMENTO	