

FRANÇAISE

Salut, JE SUIS LA INFIERMIÈRE



Date de naissance?

Il as la carte de vaccination?



Adresse de ta maison?
¿Téléphone?



janvier

février

mars

avril

mai

juin

juillet

août

septembre

octobre

novembre

décembre

1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30 31

**PRENDRE UN RENDEZ-VOUS:
CERTIFICAT DE VACCINATION**

PROCHAIN RENDEZ-VOUS POUR LE VACCIN

Çest bien

OUI NO

Tú as plus d`enfant?



Quelque maladie?
Il prend medication?



Allergie à l`oeuf?



Reactions des vaccins antérieurs:

Fièvre grande?



Convulsions?



Preuve du talon:
(5 à 7 jours naissance)



Je vais mettre le vaccin au:



Bras



Jambe

ZONE DE L`INJECTION



SI C`EST CHAUDE ET ROUGIR???



TORCHON FROID



SI C`EST EN-FLÉ?? ET NON CHAUD



TORCHON CHAUD

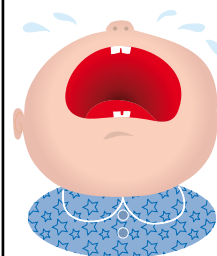


SI IL A LA FIÈVRE

LAVER AVEC DE L`EAU (JAMAIS FROID)

DONNER LIQUIDES

IL PEUT PRENDRE PARACETAMOL OU IBUPROFENE-NO CHAQUE 8 HEURES



IL PEUT ÊTRE IRRITABLE, AVEC SOMEIL.

NE TE SOUCIES PAS