PEDIATRIC AFFILIATES OF HAMPTON ROADS

200 Grayson Road., Suite 101
Virginia Beach, Virginia 23462
Ph: 757-473-3200
Fax: 757-473-0459

VACCINE	RECOMMENDED (MINIMAL) INTERVAL	TYPE OF VACCINE	RECOM-MENDATED AGE	ACTUAL AGE GIVEN	DATE GIVEN
Diphtheria, Pertussis, Tetanus (DPT, DTaP, DT, DTaP-HIB, DTaP-HIB-IPV, DTaP-HBV-IPV)	X		2 Mo.	Mo.	
	2 Mo. (1 Mo.)		4 Mo.	Mo.	
	2 Mo. (1 Mo.)		6 Mo.	Mo.	
	6-12 Mo. (6 Mo.)		15-18 Mos.	Mo.	
	3 Yrs. (6 Mo.)		4-6 Yrs.	Yrs.	
Polio (OPV, IPV, DTaP-HIB-IPV, DTaP-HBV-IPV)	X		2 Mo.	Mo.	
	2 Mo. (1 Mo.)		4 Mo.	Mo.	
	2-14 Mo. (1 Mo.)		6-18 Mos.	Mo.	
	3-5 Yrs. (6 Mo.)		4-6 Yrs.	Yrs.	
Measles, Mumps, Rubella (MMR, MMRV)	X		12-15 Mo.	Mo.	
	3-5 Yrs. (1 Mo.)		4-6 Yrs.	Yrs.	
Hemophilus influenza Type B (HbOC, DTaP-HIB, DTaP-HIB-IPV)	X		2 Mo.	Mo.	
	2 Mo. (1 Mo.)		4 Mo.	Mo.	
	2 Mo. (1 Mo.)		6 Mo.	Mo.	
	6-9 Mo. (2 Mo.)		12-15 Mo.	Mo.	
Tetanus, Diphtheria Pertussis (Td, TdaP)	X		10 or 11 Yrs.	Yrs.	
	5 Yrs.		21 Yrs.	Yrs.	
Hepatitis A (HAV)	X		12-23 Mo.	Mo.	
	6-18 Mos. (6 Mo.)		18-41 Mo.	Mo.	
Hepatitis B (HBV, DTaP-HBV-IPV)	X		Birth-2 Mo.	Mo.	
	1-4 Mo. (1 Mo.)		1-2 Mo.	Mo.	
	2-17 Mo. (2 Mo.)		6-18 Mos.	Mo.	
Pneumococcal (Pneumovax)	X		2 Mo.	Mo.	
	2 Mo. (1 Mo.)		4 Mo.	Mo.	
	2 Mo. (1 Mo.)		6 Mo.	Mo.	
	6 Mo. (2 Mo.)		12-15 Mos.	Mo.	
Rotavirus (Rotateq)	X		6-12 Wks.	Mo.	
	2 Mo. (1 Mo.)		4 Mo.	Mo.	
	2 Mo. (1 Mo.)		< 8 Mo.	Mo.	
Meningococcal	X		11-12 Yr/College	Yrs.	
Papillomavirus	1-	2-	3-		
Varicella (MMRV, Varicella)	X		12 Mo.	Mo.	
	3-5 Yrs. (3 Mo.)		4-6 Yrs./Adol.	Yrs.	
Tuberculin (PPD)					
Hemoglobin					
Lead					
	Cholesterol	Vision	Hearing	Tympanogram	PKU/Sickle Test
Date					
Results					

Child's Name _____

Child's Date Of Birth:___/___/___