

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

Ficha de Registro do Vacinado				Estabelecimento de Saúde			
1º Cadastro		Retorno					
Código CNS				CPF			
*Nome							
*Nome Mãe							
*Data de Nascimento		*Sexo		Raça			
		F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Índigena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/>			
País		UF res.		Município residência			
Endereço:				Nº:		CEP:	
Complemento:				Bairro:		Zona de Residência	
						Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/>	
Telefone (com DDD):				Cidade de Nascimento:			

RA **	Data de Aplicação	Grupo de Atendimento	Estratégia de Vacinação	Imunobiológico	Dose	Aprazamento	Lote	Laboratório	Assinale X se:	
									Gestante	Comunicante Hans.
				BCG	DU					
					REV					
				Hepatite B (HB)	D1					
					D2					
					D3					
					REV					
				Oral rotavírus humano (VORH)	D1					
					D2					
				Oral contra Poliomielite (VOP)	D1					
					D2					
					D3					
					R1					
					R2					
				REV						
				DTP+Hib (Tetra)	D1					
					D2					
					D3					
					D4					
				Pneumocócica 10 valente	DU					
					D1					
					D2					
					D3					
					R1					
				Meningocócica Conjugada C (Meningo C)	DU					
					D1					
					D2					
					D3					
					R1					
				Tríplice Viral (SRC)	DU					
					D1					
					D2					
				Tríplice Bacteriana (DTP)	D1					
					D2					
					D3					
					R1					
					R2					
				Febre Amarela (FA)	DU					
					REV					
				Dupla Adulto (dT)	D1					
					D2					
					D3					
					REV					
				Outra						

Nome do Responsável pelo preenchimento	Data ____/____/____
--	---------------------