



REGISTRO DO VACINADO



FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA, LEGÍVEL E SEM ABREVIÇÃO.

Nome **completo**: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Cartão SUS: _____ CPF: _____
 Nome **completo** da mãe: _____
 Município de **nascimento**: _____ Estado de nascimento: _____ Telefone: () _____
 Endereço **completo** - Rua/Av.: _____
 Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____
 Local da Ação de Vacinação: _____ DATA DA VACINAÇÃO: ____/____/____

PARA USO DOS PROFISSIONAIS DE IMUNIZAÇÕES

ATENÇÃO: Marcar SOMENTE a vacina e a dose a ser administrada

VACINA ADMINISTRADA	DOSE	LABORATÓRIO	LOTE
() Hepatite B (a partir dos 7 anos)	() D1 () D2 () D3		
*Estratégia ESPECIAL	() 1ª DOSE REVACINAÇÃO		
() Anti HbsAg Neg pela 1ª vez e com esquema completo para Hepatite B	() 2ª DOSE REVACINAÇÃO		
() Paciente renal crônico DIALÍTICO	() 3ª DOSE REVACINAÇÃO		
() Febre Amarela	() DU		
() Tríplice Viral	() D1 () D2		
() Prof. Saúde			
*Estratégia BLOQUEIO			
Pessoas com 50 anos ou mais (conforme POP)	() DU		
() dT (dupla Adulto)	() D1 () D2 () D3 () REF		

Nome do Profissional Triador: _____



REGISTRO DO VACINADO



FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FORMA, LEGÍVEL E SEM ABREVIÇÃO.

Nome **completo**: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Cartão SUS: _____ CPF: _____
 Nome **completo** da mãe: _____
 Município de **nascimento**: _____ Estado de nascimento: _____ Telefone: () _____
 Endereço **completo** - Rua/Av.: _____
 Nº _____ Complemento: _____ Bairro: _____
 Local da Ação de Vacinação: _____ DATA DA VACINAÇÃO: ____/____/____

PARA USO DOS PROFISSIONAIS DE IMUNIZAÇÕES

ATENÇÃO: Marcar SOMENTE a vacina e a dose a ser administrada

VACINA ADMINISTRADA	DOSE	LABORATÓRIO	LOTE
() Hepatite B (a partir dos 7 anos)	() D1 () D2 () D3		
*Estratégia ESPECIAL	() 1ª DOSE REVACINAÇÃO		
() Anti HbsAg Neg pela 1ª vez e com esquema completo para Hepatite B	() 2ª DOSE REVACINAÇÃO		
() Paciente renal crônico DIALÍTICO	() 3ª DOSE REVACINAÇÃO		
() Febre Amarela	() DU		
() Tríplice Viral	() D1 () D2		
() Prof. Saúde			
*Estratégia BLOQUEIO			
Pessoas com 50 anos ou mais (conforme POP)	() DU		
() dT (dupla Adulto)	() D1 () D2 () D3 () REF		

Nome do Profissional Triador: _____