Ministério da Saúde

Secretária de Vigilância em Saúde

Departamento de Vigilância Epidemiológica

Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações

FICHA DE REGISTRO DO VACINADO

***ESTABELECIMENTO DE SAÚDE:**

*** *CARTÃO SUS OU CPF:** ***MUNICÍPIO DE NASCIMENTO:** ***ESTADO:**

***NOME:**

***NOME DA MÃE:**

***DATA DE NASCIMENTO: / /** ***Sexo: F** ☐ **M** ☐ ***RAÇA:**

***ENDEREÇO:** ***N°:** ***CEP:**

***BAIRRO:** ***MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:** ***ESTADO:**

***PAÍS:** ***TELEFONE:(COM DDD)**

***E-MAIL:** **ZONA DE RESIDÊNCIA: RURAL** ☐ **URBANA** ☐

***GRUPO DE ATENDIMENTO** ☐ **GESTANTE** ☐ **COMUNICANTE HANSENÍASE** ☐

*** RA	*Data de Aplicação	*Estratégia	*Imunobiológico	*Laboratório	*Dose	*Lote	*Motivo de Indicação**	*Especialidade (solicitante)	Aprazamento	*Data Digitação
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /
	/ /								/ /	/ /

*Campo de preenchimento obrigatório(colocar S/I no caso de não ter informação de Lote e Laboratório) **No caso de vacinas especiais (CRIE)

***Assinale X em caso de registros anterior