

FICHA DE VACINAÇÃO BIVALENTE COVID-19

Preenchimento do Estabelecimento de Saúde

CBO do Profissional:	CNES:	Data: ___/___/___
----------------------	-------	-------------------

Dados da Vacina

Fabricante:	Lote:	Dose: <input type="checkbox"/> 1º REFORÇO <input type="checkbox"/> 2º REFORÇO <input type="checkbox"/> 3º REFORÇO	Prazo para próxima dose da vacina: ___/___/___
Possui esquema vacinal com pelo menos 2 doses há no mínimo 4 meses?			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

Grupo de Atendimento

- Pessoas de 70 anos ou mais Institucionalizado Trabalhadores de ILPI
 Imunocomprometidos Pessoas de 60 a 69 anos Gestantes e Puérperas
 Trabalhadores de Saúde População Privada de Liberdade População Geral
 Pessoas com deficiência permanente Funcionários do sistema de privação de liberdade
 Outros: _____

Local de atendimento

- UBS UNIDADE MÓVEL RUA DOMICÍLIO ESCOLA / CRECHE OUTROS

Preenchimento do Cidadão

Nome:	CNS (Cartão Nacional de Saúde) ou CPF:	
Nome da Mãe:	Sexo: <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	Data de Nascimento: ___/___/___ Idade:
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> BRANCO <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> PARDO <input type="checkbox"/> PRETO	Telefone (s):	CEP:
Logradouro:	Número/Complemento:	Bairro: