

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

Código CNS

* Nome

* Nome da Mãe

* Data de Nascimento

** Sexo

Raça

* País

* UF res.

Município residência

F M

Endereço:

Nº

CEP

Complemento

Bairro

Telefone (com DDD)

E-mail

Zona de Rural
redidência Urbana

* Grupo de
Atendimento

Gestante Comunicante
hanseníase

***RA	*Data de Aplicação	*Estratégia	*Imunobiológico	*Laboratório	*Dose	*Lote	*Motivo de Indicação **	*Especialidade (solicitante)	Aprezamento	*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 registro anterior