

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 Mãe | | | | | | | | | | |
| *Data de Nascimento | | *Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> | | Raça | | *País | | *UF res. *Município residência | | |
| Endereço: | | | | | N: | | CEP | | | |
| Complemento | | | | Bairro | | | Telefone (com DDD) | | | |
| E-mail | | | | | Zona de residência Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> | | *Grupo de Atendimento | | Gestante <input type="checkbox"/> Comunicante banse fase <input type="checkbox"/> | |
| ***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 registro anterior

Página 1 de 2

Veja no verso as tabelas de apoio. Elas facilitarão o preenchimento de algumas informações