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 (SUS)

****Nome**

****Nome Mãe**

****Data de Nascimento** ****Sexo** F ☐ M ☐ **Raça** **Etnia** ****País** ****UF res.** ****Município residência**

Endereço: **Nº** **CEP**

Complemento **Bairro** **Zona de residência** Rural ☐ Urbana ☐ **Comunicante hanseníase** ☐

E-mail **Telefone (com DDD)** ****Grupo de Atendimento** **Gestante** ☐

* RA	** Data de aplicação (dd/mm/aa)	** Estratégia	**Imunobiológico	**Lote	**Laboratório	** Dose	** Motivo indicação ***	** Especialidade (solicitante) ***	** Aprazamento (dd/mm/aa)	*Data de digitação (dd/mm/aa)	Vacinador

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

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