



Nome da criança:
Data de nascimento: ____/____/____
Nome do responsável:
Endereço:
Telefone:

Vacinas	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	4ª Dose	5ª Dose
BCG (Ao nascer)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____				
Hepatite-B (Ao nascer, 2m, 6m)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____		
DTP/DTaP (2m, 4m, 6m, 15m, 4-6 anos)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____
HIB (2m, 4m, 6m)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	
Poliomielite (2m, 4m, 6m, 15m)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	
Rotavírus (2m, 4m, 6m)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____		
Meningococos-B (<1a - 2m, 4m, 6m) >1a - 2 doses)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____		
Meningococos-C (3m, 5m, 15m)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____		
Meningocócica-ACWY (A partir de 2 anos)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____				
Pneumococos 13 valente (3m, 5m, 7m, 1a)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	
MMR (12m, 4-6 anos)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____			
Varicela (12m, 4-6 anos)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____			
Hepatite-A (12m, 18m)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____			
HPV (>9a - 3 doses)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____		

Outras vacinas	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	4ª Dose	5ª Dose
Influenza (>6m - Anualmente)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____
Tétano (A cada 10 anos)	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____		
	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____
	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____	Data: __/__/__ Lote: _____ Ass: _____

Dr. Joseph El-Mann | CRM 52.55221-2