

Município:	Código:
Estabelecimento de Saúde:	CNES:
Mês:	Ano:
Responsável:	

Boletim de registro de doses aplicadas para o APIWEB - versão 3

VACINA	BCG						TOTAL
	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	7-14 anos	
DOSE							
DU							
REV							

REV - Para registro da revacinação no caso de "NÃO PEGA"
Campos sombreados como alerta para indicações e situações especiais

VACINA	BCG COMUNICANTE (Hanseníase)						TOTAL
	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	7-14 anos	
DOSE							
DU							
REV							

REV - no caso de indicação do esquema vacinal para comunicante de hanseníase

VACINA	HEPATITE B										TOTAL					
	até 30 dias	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	5-10A	11-14 anos	15-19A	20-24 anos	25-29 anos		30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60 anos+	
DOSE																
D																
D1																
D2																
D3																
D4																

"D": crianças que recebem a dose ao nascer, preferencialmente nas primeiras 12 horas ou até 30 dias de vida.
<1 ano a 4 anos de idade - esquema D1, D2 e D3 será feito com a vacina penta (DTP/Hib/HB), a não ser em situações especiais.
"D4" - Campo sombreado para alerta em situações e indicações especiais



HEPATITE B NÃO SOROCONVERSÃO (esquema de repetição)														
VACINA	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	11-14 anos	15-19A	20-24 anos	25-29 anos	30-39 anos	40-49 anos	50-59 anos	60 anos+	TOTAL
DOSE														
D1														
D2														
D3														
D4														

Registro de doses repetidas para um novo esquema vacinal, considerando a não soroconversão com o primeiro esquema vacinal

D4: Situações e indicações especiais mesmo no esquema de repetição devido a não soroconversão

ROTAVÍRUS HUMANO (ORAL)						
VACINA	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	TOTAL
DOSE						
D1						
D2						

D1: 2 meses (1 mês e 15 dias a 3 meses e 15 dias)

D2: 4 meses (3 meses e 16 dias a 7 meses e 29 dias)

PNEUMOCOCICA 10 VALENTE						
VACINA	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	TOTAL
DOSE						
DU						
D1						
D2						
D3						
REF						

REF - Dose a ser administrada em crianças de 1 ano que receberam o esquema vacinal enquanto <1 ano.

DU - 2, 3 e 4 anos no caso de indicação do CRIE

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal e faixa etária conforme recomendação do PNI e CRIE.

MENINGOCOCICA C CONJUGADA								
VACINA	Menor 1 ano	1 ano	2-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	20-59 anos	60 anos+	TOTAL
DOSE								
DU								
D1								
D2								
REF								

REF - Dose a ser administrada em crianças de 1 ano que receberam o esquema vacinal enquanto <1 ano.

REF para crianças de 5 a 12 anos, campo para registro de esquema em clínicas privadas

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal e faixa etária conforme recomendação do PNI e CRIE.

VACINA	VIP/VOP (SEQUENCIAL)						
	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	6 anos	TOTAL
DOSE							
D1 (VIP)							
D2 (VIP)							
D3 (VOP)							
REF (VOP)							

Campos sombreados alertam para situações e indicações especiais.

VACINA	PENTA (DTP/HB/Hib)					
	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	TOTAL
DOSE						
D1						
D2						
D3						

1 a 4 anos de idade: campos sombreados para alerta de registro em casos excepcionais

5 a 6 anos de idade: campos sombreados para registro em área indígena

VACINA	TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO, RUBÉOLA, CAXUMBA)								
	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	7-11 anos	50-59 anos	60 anos+	TOTAL
DOSE									
D									
D1									
D2									

D - para <1 ano, 50-59 anos e 60 anos+ : vacinação somente em casos de bloqueio vacinal

D2 - para 1 A de idade até implantação da TETRAVIRAL

Campos sombreados de 50-59 anos e 60 anos + para registro em áreas indígenas

VACINA	TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO, RUBÉOLA, CAXUMBA) Mulheres em idade Fertil - MIF									
	12 anos	13-14 anos	15-16 anos	17-19 anos	20-24 anos	30-34 anos	35-39 anos	40-44 anos	45-49 anos	TOTAL
DOSE										
D1										
D2										

D2 para a faixa etária de 20 a 49 anos de idade, em casos excepcionais

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal e faixa etária.

TRÍPLICE VIRAL (SARAMPO, RUBÉOLA, CAXUMBA) HOMENS										
VACINA	12 anos	13-14 anos	15-16 anos	17-19 anos	20-24 anos	30-34 anos	35-39 anos	40-44 anos	45-49 anos	TOTAL
DOSE										
D1										
D2										

D2 para a faixa etária de 20 a 49 anos de idade, em casos excepcionais
Campos sombreados para alerta do esquema vacinal e faixa etária.

TETRAVIRAL(sarampo, rubéola, caxumba e varicela)					
VACINA	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	TOTAL
DOSE					
DU					

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal e faixa etária.

HEPATITE A PEDIÁTRICA						
VACINA	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	TOTAL
DOSE						
DU						
D1						
D2						

DU - esquema de rotina a partir de 2013

D1 e D2 - Situações e indicações especiais - campos sombreados

DTP - Triplice Bacteriana (Difteria, tétano, coqueluche)						
VACINA	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	5-6 anos	TOTAL
DOSE						
D1						
D2						
D3						
REF1						
REF2						

Campos sombreados para alerta em situações especiais, complementação de esquema ou situações de surto de difteria ou coqueluche

dT - Dupla Adulto (Difteria, tétano)							
VACINA	7-11 anos	HOMENS 12-14 anos	N GESTANTES 12-14 anos	HOMENS 15-49 anos	N GESTANTES 15-49 anos	60 anos+	TOTAL
DOSE							
D1							
D2							
D3							
REF							

VACINA	dT/dTpa (dupla adulto e triplíce bacteriana acelular adulto) GESTANTES					
	dT (dupla adulto / difteria e		dTpa (tríplice acelular		Total	
DOSE	10 -11 anos	12 -14 anos	15- 49 anos	10 -11 anos	12 -14 anos	10 -11 anos 12 -14 anos 15 49 anos
D1						
D2						
D3						
REF						

Campos sobreados para alerta do registro até a implantação na rotina. Possibilita registro em clínicas privadas ou outros serviços.

VACINA	FEBRE AMARELA					
	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	TOTAL
DOSE						
DU						
REV						

Campos sobreados para alerta devido a faixa etária.

VACINA	RAIVA (CULTURA DE CÉLULAS VERO)					
	Menor 1 ano	1-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	TOTAL
DOSE						
D1						
D2						
D3						
D4						
D5						
REV						

Campos sobreados para alerta do esquema vacinal

VACINA	RAIVA (CULTURA DE CÉLULAS EM EMBRIÃO DE GALINHA)					
	Menor 1 ano	1-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	TOTAL
DOSE						
D1						
D2						
D3						
D4						
D5						
REV						

Vacina para situações e indicações especiais

Campos sobreados para alerta do esquema vacinal

POLIOMIELITE ORAL (VOP)							
VACINA	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	7 anos+	TOTAL
DOSE							
D1							
D2							
D3							
REF1							
REF2							

REF1 - Registro de dose aplicada em crianças que fizeram esquema somente com a VOP

7 A+ - Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE

Atenção: crianças que receberam vacinas pelo esquema sequencial, a dose administrada deverá ser registrada na grade específica.

Campos sobreabertos para alerta do esquema vacinal

POLIOMIELITE INATIVADA(VIP)							
VACINA	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	7 anos+	TOTAL
DOSE							
D1							
D2							
D3							
REF1							
REF2							

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE

D3 e REF1 - Registro de dose aplicada em crianças que fizeram esquema somente com a Vip

Atenção: crianças que receberam vacinas pelo esquema sequencial, a dose administrada deverá ser registrada na grade específica.

Campos sobreabertos para alerta do esquema vacinal

DTPa- Tríplex Bacteriana acelular (Difteria, tétano, coqueluche)						
VACINA	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	TOTAL
DOSE						
D1						
D2						
D3						
REF1						
REF2						

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE

Campos sobreabertos para alerta do esquema vacinal

VACINA	DT (dupla infantil / difteria e tétano)					
	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	TOTAL
DOSE						
D1						
D2						
D3						
REF1						
REF2						

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE
Campos sobrebrados para alerta do esquema vacinal

VACINA	PNEUMOCÓCICA 23 VALENTE					
	2-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	TOTAL
DOSE						
DU						
REF.						

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE

VACINA	INFLUENZA (GRIPE)									
	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	60 anos +	TOTAL
DOSE										
DU										
D1										
D2										

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE

VACINA	INFLUENZA (GESTANTES)									
	10-12 anos	13-14 anos	15-16 anos	17-19 anos	20-24 anos	30-34 anos	35-39 anos	40-44 anos	45-49 anos	TOTAL
DOSE										
DU										

VACINA	VARICELA									
	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	60 anos+	TOTAL
DOSE										
D1										
D2										

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE
Campos sobrebrados para alerta do esquema vacinal

Haemophilus influenzae tipo b (Hib)										
VACINA	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	7-17 anos	18-19 anos	20-59 anos	60 anos+	TOTAL
DOSE										
DU										
D1										
D2										
D3										
REF.										

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE

Campos sobreçados para alerta do esquema vacinal

FEBRE TIFOIDE						
VACINA	2-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	TOTAL
DOSE						
DU						
D1						
D2						
D3						
D4						
REF.						

Indicações e situações especiais

REF somente com indicação médica

D1 a D4 somente para vacina oral - indicada a partir dos 6 anos de idade

HEPATITE A (Adulto)						
VACINA	7-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	60 anos+	TOTAL
DOSE						
D1						
D2						

Esquema vacinal indicado para situações especiais e no CRIE

MENINGOCÓCICA A/C						
VACINA	2-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	TOTAL
DOSE						
DU						

Esquema vacinal indicado para situações especiais

CÓLERA						
VACINA	2-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	13-19 anos	20-59 anos	TOTAL
DOSE						
D1						
D2						
REV						

Situações especiais e para população militar

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal

HEXA (DTP/HB/Hib/VIP)						
VACINA	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	TOTAL
DOSE						
D1						
D2						
D3						

Vacinação em clínicas privadas

PNEUMOCOCICA 13VALENTE						
VACINA	Menor 1 ano	1 ano	2 anos	3 anos	4 anos	TOTAL
DOSE						
DU						
D1						
D2						
D3						
REF						

REF - Dose a ser administrada em crianças de 1 ano que receberam o esquema vacinal enquanto <1 ano.

Campos sombreados para registro de doses com indicação do CRIE

HPV (MENINA)									
VACINA	9 anos	10 anos	11 anos	12 anos	13 anos	15-19 anos	20-25 anos	26 e 27 anos	TOTAL
DOSE									
D1									
D2									
D3									

Vacinação em clínicas privadas e em alguns municípios que adquirem este produto

VACINA	HPV (MENINO)					TOTAL
	11 anos	12 anos	13 anos	14 anos	15 anos	
DOSE						
D1						
D2						
D3						

Vacinação em clínicas privadas e em alguns municípios que adquirem este produto

IMUNOGLOBULINAS	FAIXA ETÁRIA					TOTAL
	Menor 1 ano	1-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	60 anos+	
ANTI HEPATITE B						
ANTI TETÂNICA						
ANTI RÁBICA						
ANTI VARICELA ZOSTER						

FRASCO UTILIZADO = DOSE APLICADA

SOROS	FAIXA ETÁRIA					TOTAL
	Menor 1 ano	1-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	60 anos+	
ANTI TETÂNICO						
ANTI DIFTÉRICO						
ANTI RÁBICO						
ANTI BOTULÍNICO						

FRASCO UTILIZADO = DOSE APLICADA

Antiveneno	FAIXA ETÁRIA					TOTAL
	Menor 1 ano	1-4 anos	5-8 anos	9-12 anos	60 anos+	
BOTRÓPICO-CROTÁLICO						
BOTRÓPICO-LAQUÉTICO						
BOTRÓPICO						
CROTÁLICO						
ELAPÍDICO						
ARACNÍDICO						
ESCORPIÔNICO						
LONOMIA						
LOXOCÉLICO						

FRASCO UTILIZADO = DOSE APLICADA

MUNICÍPIO: UNIDADE DE SAÚDE: CDD. US: MÊS: ANO: RESPONSÁVEL

Idade →

2 MESES

3 MESES

4 MESES

5 MESES

Dose →

Vacina

ROTAVÍRUS (Oral)												
Total →	Dose →											
	Vacina											
1	D1											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	
49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	
73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	
85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	01	02	
103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	
115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	
127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	
139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	
163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	
175	176	177	178	179	180	81	182	183	184	185	186	
187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	
199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	
211	212	132	142	152	162	172	182	192	202	212	222	
223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	
235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	
247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	
259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	
271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	
283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	
295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	
307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	
319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	
331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	
343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	
Total →												
1	D1											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	
49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	
73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	
85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	
103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	
115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	
127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	
139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	
163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	
175	176	177	178	179	180	81	182	183	184	185	186	
187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	
199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	
211	212	132	142	152	162	172	182	192	202	212	222	
223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	
235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	
247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	
259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	
271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	
283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	
295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	
307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	
319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	
331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	
343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	
Total →												
1	D2											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	
49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	
73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	
85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	
103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	
115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	
127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	
139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	
163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	
175	176	177	178	179	180	81	182	183	184	185	186	
187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	
199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	
211	212	132	142	152	162	172	182	192	202	212	222	
223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	
235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	
247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	
259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	
271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	
283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	
295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	
307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	
319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	
331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	
343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	
Total →												
1	D2											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	
37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	
49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	
73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	
85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	
103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	
115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	
127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	
139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	
151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	
163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	
175	176	177	178	179	180	81	182	183	184	185	186	
187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	
199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	
211	212	132	142	152	162	172	182	192	202	212	222	
223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	
235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	
247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	
259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	
271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	
283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	
295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	



MUNICÍPIO: _____ UNIDADE DE SAÚDE: _____ RESPONSÁVEL: _____
 CÓD. US: _____ MÊS: _____ ANO: _____

Idade →	MENOR DE 1 ANO			1 ANO			2 ANOS			3 ANOS			4 ANOS			5 ANOS			
	1 ^ª	2 ^ª	3 ^ª	1 ^ª	2 ^ª	3 ^ª	1 ^ª	2 ^ª	3 ^ª	1 ^ª	2 ^ª	3 ^ª	1 ^ª	2 ^ª	3 ^ª	1 ^ª	2 ^ª	3 ^ª	REF.
Vacina ↓	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
→	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	4	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	5	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	6	7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	7	8	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
	8	9	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
	9	10	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
	10	11	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
	11	12	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
	12	13	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	13	14	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	14	15	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	15	16	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
	16	17	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
	17	18	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
	18	19	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
	19	20	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
	20	21	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	21	22	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
	22	23	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
	23	24	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
	24	25	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
	25	26	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
	26	27	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
	27	28	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
	28	29	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
	29	30	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
	30	31	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
	31	32	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
	32	33	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
	33	34	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
	34	35	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
	35	36	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
	36	37	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
	37	38	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
	38	39	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
	39	40	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
	40	41	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	41	42	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41
	42	43	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
	43	44	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43	43
	44	45	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44	44
	45	46	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45	45
	46	47	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
	47	48	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
	48	49	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48	48
	49	50	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49	49
	50	51	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50	50
	51	52	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51	51
	52	53	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52	52
	53	54	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
	54	55	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54	54
	55	56	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55	55
	56	57	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56	56
	57	58	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57	57
	58	59	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58	58
	59	60	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59	59
Total →																			

MUNICÍPIO: _____ UNIDADE DE SAÚDE: _____ CÔD. US: _____ MÊS: _____ ANO: _____ RESPONSÁVEL: _____

MENINGOCÓCICA C (CONJUGADA)

Idade →	MENOR DE 1 ANO			1 ANO			2 A 4 ANOS			5 A 8 ANOS			9 A 12 ANOS			13 A 19 ANOS			20 A 59 ANOS			60 ANOS E MAIS		
	D1	D2	D3	D1	D2	D3	REF.	D1	REF.	D1	REF.	D1	REF.	D1	REF.	D1	REF.	D1	REF.	D1	REF.	D1	REF.	
Dose →	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	
Vacina	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	
Total →	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	

VACINA MENINGOCÓCICA C (CONJUGADA)

BOLETIM DE DOSES APLICADAS

Pentavalente (DTP/Hib/Hep. B)

Ministério da Saúde



Secretaria da Saúde

MUNICÍPIO

UNIDADE DE SAÚDE

COD. US

DATA

RESPONSÁVEL

Idade	Menor de 1 ano			1 ano			2 anos			3 anos			4 anos			5-6 anos		
	D01	D02	D03	D01	D02	D03	D01	D02	D03	D01	D02	D03	D01	D02	D03	D01	D02	D03
1	2	3	4	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
5	6	7	8	5	6	7	5	6	7	5	6	7	5	6	7	5	6	7
9	10	11	12	9	10	11	9	10	11	9	10	11	9	10	11	9	10	11
13	14	15	16	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15	13	14	15
17	18	19	20	17	18	19	17	18	19	17	18	19	17	18	19	17	18	19
21	22	23	24	21	22	23	21	22	23	21	22	23	21	22	23	21	22	23
25	26	27	28	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27	25	26	27
29	30	31	32	29	30	31	29	30	31	29	30	31	29	30	31	29	30	31
33	34	35	36	33	34	35	33	34	35	33	34	35	33	34	35	33	34	35
37	38	39	40	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39	37	38	39
41	42	43	44	41	42	43	41	42	43	41	42	43	41	42	43	41	42	43
45	46	47	48	45	46	47	45	46	47	45	46	47	45	46	47	45	46	47
49	50	51	52	49	50	51	49	50	51	49	50	51	49	50	51	49	50	51
53	54	55	56	53	54	55	53	54	55	53	54	55	53	54	55	53	54	55
57	58	59	60	57	58	59	57	58	59	57	58	59	57	58	59	57	58	59
61	62	63	64	61	62	63	61	62	63	61	62	63	61	62	63	61	62	63
65	66	67	68	65	66	67	65	66	67	65	66	67	65	66	67	65	66	67
69	70	71	72	69	70	71	69	70	71	69	70	71	69	70	71	69	70	71
73	74	75	76	73	74	75	73	74	75	73	74	75	73	74	75	73	74	75
77	78	79	80	77	78	79	77	78	79	77	78	79	77	78	79	77	78	79
81	82	83	84	81	82	83	81	82	83	81	82	83	81	82	83	81	82	83
85	86	87	88	85	86	87	85	86	87	85	86	87	85	86	87	85	86	87
89	90	91	92	89	90	91	89	90	91	89	90	91	89	90	91	89	90	91
93	94	95	96	93	94	95	93	94	95	93	94	95	93	94	95	93	94	95
97	98	99	100	97	98	99	97	98	99	97	98	99	97	98	99	97	98	99
101	102	103	104	101	102	103	101	102	103	101	102	103	101	102	103	101	102	103
105	106	107	108	105	106	107	105	106	107	105	106	107	105	106	107	105	106	107
109	110	111	112	109	110	111	109	110	111	109	110	111	109	110	111	109	110	111
113	114	115	116	113	114	115	113	114	115	113	114	115	113	114	115	113	114	115
117	118	119	120	117	118	119	117	118	119	117	118	119	117	118	119	117	118	119
121	122	123	124	121	122	123	121	122	123	121	122	123	121	122	123	121	122	123
125	126	127	128	125	126	127	125	126	127	125	126	127	125	126	127	125	126	127
129	130	131	132	129	130	131	129	130	131	129	130	131	129	130	131	129	130	131
Total																		

MUNICÍPIO: _____ UNIDADE DE SAÚDE: _____ CDD. US: _____ MES: _____ ANO: _____ RESPONSÁVEL: _____

Idade →	12 ANOS		13 A 14 ANOS		15 A 16 ANOS		17 A 19 ANOS		20 A 24 ANOS		25 A 29 ANOS		30 A 34 ANOS		35 A 39 ANOS		40 A 44 ANOS		45 A 49 ANOS				
	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2	D1	D2			
1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	
8	9	10	11	12	13	14	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	3	4	5	6	7
15	16	17	18	19	20	21	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	3	4	5	6	7	8	9
22	23	24	25	26	27	28	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
29	30	31	32	33	34	35	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
36	37	38	39	40	41	42	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27
43	44	45	46	47	48	49	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29
50	51	52	53	54	55	56	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
57	58	59	60	61	62	63	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
64	65	66	67	68	69	70	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
71	72	73	74	75	76	77	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37
78	79	80	81	82	83	84	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39
85	86	87	88	89	90	91	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41
92	93	94	95	96	97	98	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
99	100	101	102	103	104	105	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
106	107	108	109	110	111	112	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
113	114	115	116	117	118	119	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
120	121	122	123	124	125	126	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51
127	128	129	130	131	132	133	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53
134	135	136	137	138	139	140	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55
141	142	143	144	145	146	147	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57
148	149	150	151	152	153	154	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
155	156	157	158	159	160	161	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61
162	163	164	165	166	167	168	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63
169	170	171	172	173	174	175	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65
176	177	178	179	180	181	182	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67
183	184	185	186	187	188	189	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69
190	191	192	193	194	195	196	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71
197	198	199	200	201	202	203	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73
204	205	206	207	208	209	210	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75

TRÍPLICE VIRAL MULHERES EM IDADE FÉRTIL
(SARAMPO / CAXUMBA / RUBÉOLA)

Vacina ↑

Totais →

TRÍPLICE VIRAL - MIF

Atualizado em 22.05.2012

MINISTÉRIO DA SAÚDE SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DEVEP/CGPN

BOLETIM DIÁRIO DE DOSES APLICADAS

MUNICÍPIO: UNIDADE DE SAÚDE: Cód. US: Mês: Ano: Responsável:

Table with columns for age groups (12 ANOS to 45 A 49 ANOS) and dose numbers (D1, D2). Rows include vaccine names (TRIPICE VIRAL PARA HOMENS) and a total row.



Boletim diário Hepatite A (pediátrica)

Município:		Código da US		Menor de 1 ano		1 Ano		2 Anos		Mês	
Idade	Dose	DU		DU		D1		D2			
1	31	61	91	61	91	121	151	31	31	1	31
2	32	62	92	62	92	122	152	32	32	2	32
3	33	63	93	63	93	123	153	33	33	3	33
4	34	64	94	64	94	124	154	34	34	4	34
5	35	65	95	65	95	125	155	35	35	5	35
6	36	66	96	66	96	126	156	36	36	6	36
7	37	67	97	67	97	127	157	37	37	7	37
8	38	68	98	68	98	128	158	38	38	8	38
9	39	69	99	69	99	129	159	39	39	9	39
10	40	70	100	70	100	130	160	40	40	10	40
11	41	71	101	71	101	131	161	41	41	11	41
12	42	72	102	72	102	132	162	42	42	12	42
13	43	73	103	73	103	133	163	43	43	13	43
14	44	74	104	74	104	134	164	44	44	14	44
15	45	75	105	75	105	135	165	45	45	15	45
16	46	76	106	76	106	136	166	46	46	16	46
17	47	77	107	77	107	137	167	47	47	17	47
18	48	78	108	78	108	138	168	48	48	18	48
19	49	79	109	79	109	139	169	49	49	19	49
20	50	80	110	80	110	140	170	50	50	20	50
21	51	81	111	81	111	141	171	51	51	21	51
22	52	82	112	82	112	142	172	52	52	22	52
23	53	83	113	83	113	143	173	53	53	23	53
24	54	84	114	84	114	144	174	54	54	24	54
25	55	85	115	85	115	145	175	55	55	25	55
26	56	86	116	86	116	146	176	56	56	26	56
27	57	87	117	87	117	147	177	57	57	27	57
28	58	88	118	88	118	148	178	58	58	28	58
29	59	89	119	89	119	149	179	59	59	29	59
30	60	90	120	90	120	150	180	60	60	30	60
Totais											

DU - esquema de rotina a partir de 2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEVEP/CGPNI

BOLETIM DIÁRIO DE DOSES APLICADAS

MUNICÍPIO: _____ UNIDADE DE SAÚDE: _____ CÓD. US: _____ MÉS: _____ ANO: _____ RESPONSÁVEL: _____

Table with columns for age groups (MENOR DE 1 ANO, 1 ANO, 2 ANOS, 3 ANOS, 4 ANOS, 5 A 6 ANOS) and rows for doses (D1, D2, D3) and reference numbers (REF1, REF2). Includes a 'Total' row at the bottom.



BOLETIM DIÁRIO DE JOSES APLICADAS

MUNICÍPIO: _____ UNIDADE DE SAÚDE: _____ Cód. US: _____ MÊS: _____ ANO: _____ RESPONSÁVEL: _____

Idade →	7 A 11 ANOS			12 A 14 ANOS			15 A 49 ANOS			N. GESTANTES			50 A 59 ANOS			60 ANOS E MAIS		
	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª
Dose →	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
Vacina ↓	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4	3 4
	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6	5 6
	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8	7 8
	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10	9 10
	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12	11 12
	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14	13 14
	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16	15 16
	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18	17 18
	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20	19 20
	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22	21 22
	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24	23 24
	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26	25 26
	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28	27 28
	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30	29 30
	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32	31 32
	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34	33 34
	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36	35 36
	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38	37 38
	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40	39 40
	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42	41 42
	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44	43 44
	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46	45 46
	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48	47 48
	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50	49 50
	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52	51 52
	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54	53 54
	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56	55 56
	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58	57 58
	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60	59 60
	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62	61 62
	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64	63 64
	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66	65 66
	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68	67 68
	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70	69 70
	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72	71 72
	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74	73 74
	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76	75 76
	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78	77 78
Total →																		



Município: Código da US:		Unidade de Saúde:												Responsável:			
		1 Ano				2 Anos				3 Anos					4 Anos		
		DU				DU				DU					DU		
Idade	Dose	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2		
1	31	61	91	121	151	181	211	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
2	32	62	92	122	152	182	212	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
3	33	63	93	123	153	183	213	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
4	34	64	94	124	154	184	214	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
5	35	65	95	125	155	185	215	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
6	36	66	96	126	156	186	216	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
7	37	67	97	127	157	187	217	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
8	38	68	98	128	158	188	218	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
9	39	69	99	129	159	189	219	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
10	40	70	100	130	160	190	220	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
11	41	71	101	131	161	191	221	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
12	42	72	102	132	162	192	222	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
13	43	73	103	133	163	193	223	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
14	44	74	104	134	164	194	224	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
15	45	75	105	135	165	195	225	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
16	46	76	106	136	166	196	226	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
17	47	77	107	137	167	197	227	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
18	48	78	108	138	168	198	228	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
19	49	79	109	139	169	199	229	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
20	50	80	110	140	170	200	230	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
21	51	81	111	141	171	201	231	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
22	52	82	112	142	172	202	232	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
23	53	83	113	143	173	203	233	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
24	54	84	114	144	174	204	234	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
25	55	85	115	145	175	205	235	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
26	56	86	116	146	176	206	236	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
27	57	87	117	147	177	207	237	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
28	58	88	118	148	178	208	238	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
29	59	89	119	149	179	209	239	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
30	60	90	120	150	180	210	240	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Totais																	

Atualizado em: 10/02/2015 08:08

Campos sombreados para alerta do esquema vacinal e faixa etária.

Município:

Código da US

Mês

Idade	9 Anos			10 anos			11 anos			12 anos			13 anos			14 anos		
	D1	D2	D3	D1	D2	D3	D1	D2	D3	D1	D2	D3	D1	D2	D3	D1	D2	D3
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Totais																		

APH

61

ESTADO DO CEARÁ
 Prefeitura Municipal de Pacajus
 Secretaria Municipal de Pacajus
 Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF
Programa Municipal de Imunização

Atendimento Rotina
 Atendimento Campanha

Unidade Saúde:

Data solicitação:

Vacina	Saldo PSP	Val.	Quant. Solicitada	Quant. Atendida	Lote	Val.
Anti Rábica						
BCG						
Dupla Adulto (DT)						
DTPA						
Febre amarela + Diluente						
HPV						
Hepatite A						
Hepatite B						
Influenza						
Meningocócica C						
Pneumocócica 10 Valente						
Poliomielite oral - VOP						
Poliomielite inativada - VIP						
Pentavalente						
Rotavírus						
Tríplice Viral						
Tríplice Viral - Diluente						
Tríplice bacteriana - DTP						
Vitamina A 100.000 UI						
Vitamina A 200.000 UI						
Varicela						

Responsável / Fornecimento:

Data/ Hora entrega:

Responsável/ Recebimento:

ESTADO DO CEARÁ
 Prefeitura Municipal de Pacajus
 Secretaria Municipal de Pacajus
 Central de Abastecimento Farmacêutico - CAF
Programa Municipal de Imunização

Atendimento Rotina
 Atendimento Campanha

Unidade Saúde:

Data solicitação:

Vacina	Saldo PSP	Val.	Quant. Solicitada	Quant. Atendida	Lote	Val.
Anti Rábica						
BCG						
Dupla Adulto (DT)						
DTPA						
Febre amarela + Diluente						
HPV						
Hepatite A						
Hepatite B						
Influenza						
Meningocócica C						
Pneumocócica 10 Valente						
Poliomielite oral - VOP						
Poliomielite inativada - VIP						
Pentavalente						
Rotavírus						
Tríplice Viral						
Tríplice Viral - Diluente						
Tríplice bacteriana - DTP						
Vitamina A 100.000 UI						
Vitamina A 200.000 UI						
Varicela						

Responsável / Fornecimento:

Data/ Hora entrega:

Responsável/ Recebimento:

62

PLANILHA DE IMUNOBIOLOGICOS REALIZADOS EM CRIANÇAS DE OUTROS MUNICIPIOS

MUNICIPIO NOTIFICADOR

MÊS / ANO

NOME COMPLETO DO VACINADO	DT. NASC.	IDADE	NOME DA MÃE	GEST. S/N	ENDERECO COMPLETO
NOME COMPLETO DO VACINADO	DT. NASC.	IDADE	NOME DA MÃE	GEST. S/N	ENDERECO
NOME COMPLETO DO VACINADO	DT. NASC.	IDADE	NOME DA MÃE	GEST. S/N	ENDERECO
NOME COMPLETO DO VACINADO	DT. NASC.	IDADE	NOME DA MÃE	GEST. S/N	ENDERECO





Você está **IMUNIZADO** contra as doenças se tomar todas as doses do esquema de vacinação. Se esquecer alguma dose não precisa recomeçar o esquema. Vá a Unidade de Saúde e leve este cartão. Conserve este cartão junto aos seus documentos de importância



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

CARTÃO DE VACINAÇÃO

ESCOLAR • ADULTO • IDOSO

63

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF

Data de nascimento: ____/____/____ RG.: ____

VACINAS			VACINAS			VACINAS		
DT	1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço	Reforço	Revacinação	Revacinação	Reforço
DT 04/10/11								
1ª Dose								
2ª Dose								
3ª Dose								
Reforço								
Reforço								
Revacinação								
Revacinação								
Reforço								
DT								
1ª Dose								
2ª Dose								
3ª Dose								
Reforço								
Reforço								
Revacinação								
Revacinação								
Reforço								
DT								
1ª Dose								
2ª Dose								
3ª Dose								
Reforço								
Reforço								
Revacinação								
Revacinação								
Reforço								
DT								
1ª Dose								
2ª Dose								
3ª Dose								
Reforço								
Reforço								
Revacinação								
Revacinação								
Reforço								

F. Areia

Nome Laboratório

Validade Data aplic

Nome Laboratório

Validade Data aplic

Nome Laboratório

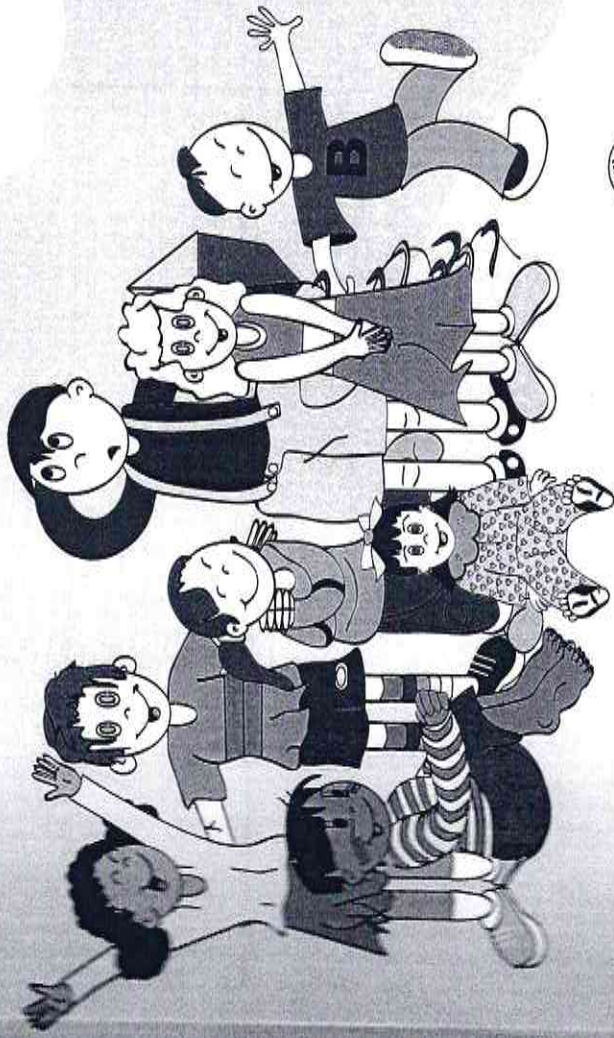
Validade Data aplic

64



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Caderneta de Saúde da Criança Menina



Caderneta de Saúde da Criança Menina



DISQUE SAÚDE

136

Central de Atendimento ao Cidadão
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA SAÚDE



PASSAPORTE DA CIDADANIA

11ª edição



Brasília - DF

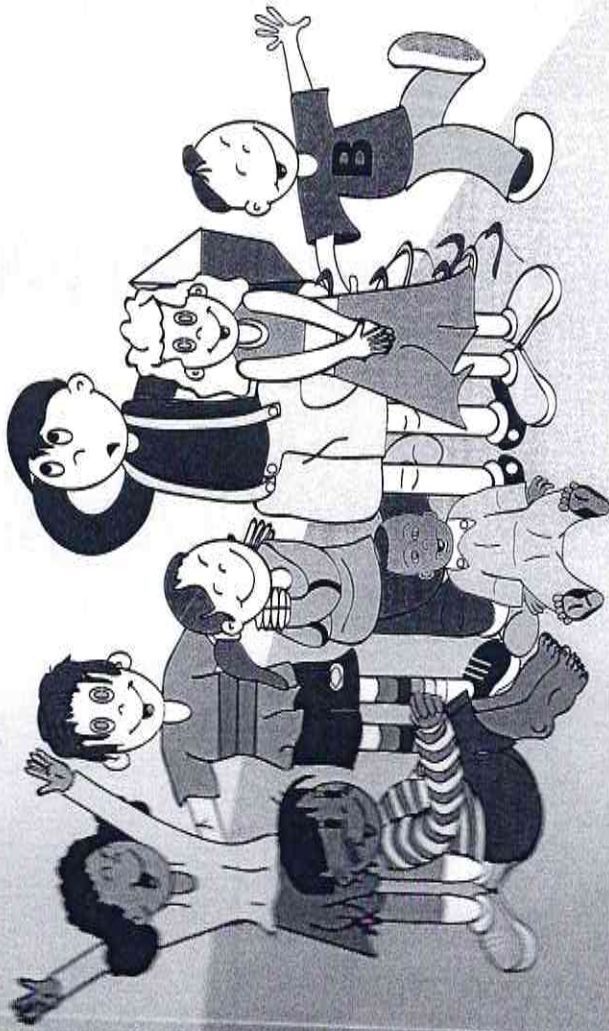
64



MINISTÉRIO DA SAÚDE

Caderneta de Saúde da Criança

Menino



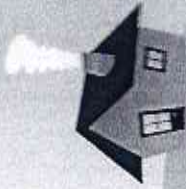
PASSAPORTE DA CIDADANIA

11ª edição



Brasília - DF

Caderneta de Saúde da Criança Menino



DISQUE SAÚDE

136

Central de Atendimento ao Cidadão
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS  MINISTÉRIO DA SAÚDE



✓

✓



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
Secretaria Municipal de Saúde.
Rua Tem. Joaquim Nogueira de Queiroz, 138 – Centro – Pacajus – Ce

MAPA DE ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTOS

Mês de Referência: _____
Unidade de Saúde: _____
Responsável: _____

Tipo de Beneficiário:	Produto distribuído:	Frasco de Sulfato Ferroso						Comprimidos de Sulfato Ferroso						Comprimido de Ácido Fólico						Controle de Perdas					
		1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	Perdidos por extravio	Perdidos por algum tipo de danificação	Outro motivo			
<input type="checkbox"/> Crianças de 4 a 24 meses	<input type="checkbox"/> Xarope de Sulfato Ferroso																								
<input type="checkbox"/> Gestantes a partir da 20ª semana	<input type="checkbox"/> Comprimido de Sulfato Ferroso																								
<input type="checkbox"/> Mulheres até o 3º mês pós-parto (e até 3º mês pós-aborto)	<input type="checkbox"/> Comprimido de Ácido Fólico																								

1ª Entrega do Suplemento						2ª Entrega do Suplemento						3ª Entrega do Suplemento						4ª Entrega do Suplemento						5ª Entrega do Suplemento					
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	7	8	9	10	11	12	7	8	9	10	11	12	7	8	9	10	11	12	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	13	14	15	16	17	18	13	14	15	16	17	18	13	14	15	16	17	18	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	19	20	21	22	23	24	19	20	21	22	23	24	19	20	21	22	23	24	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	25	26	27	28	29	30	25	26	27	28	29	30	25	26	27	28	29	30	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	31	32	33	34	35	36	31	32	33	34	35	36	31	32	33	34	35	36	31	32	33	34	35	36
37	38	39	40	41	42	37	38	39	40	41	42	37	38	39	40	41	42	37	38	39	40	41	42	37	38	39	40	41	42
43	44	45	46	47	48	43	44	45	46	47	48	43	44	45	46	47	48	43	44	45	46	47	48	43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54	49	50	51	52	53	54	49	50	51	52	53	54	49	50	51	52	53	54	49	50	51	52	53	54
55	56	57	58	59	60	55	56	57	58	59	60	55	56	57	58	59	60	55	56	57	58	59	60	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	61	62	63	64	65	66	61	62	63	64	65	66	61	62	63	64	65	66	61	62	63	64	65	66
67	68	69	70	71	72	67	68	69	70	71	72	67	68	69	70	71	72	67	68	69	70	71	72	67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78	73	74	75	76	77	78	73	74	75	76	77	78	73	74	75	76	77	78	73	74	75	76	77	78
79	80	81	82	83	84	79	80	81	82	83	84	79	80	81	82	83	84	79	80	81	82	83	84	79	80	81	82	83	84
85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	91	92	93	94	95	96	91	92	93	94	95	96	91	92	93	94	95	96	91	92	93	94	95	96
97	98	99	100	101	102	97	98	99	100	101	102	97	98	99	100	101	102	97	98	99	100	101	102	97	98	99	100	101	102
103	104	105	106	107	108	103	104	105	106	107	108	103	104	105	106	107	108	103	104	105	106	107	108	103	104	105	106	107	108
109	110	111	112	113	114	109	110	111	112	113	114	109	110	111	112	113	114	109	110	111	112	113	114	109	110	111	112	113	114
115	116	117	118	119	120	115	116	117	118	119	120	115	116	117	118	119	120	115	116	117	118	119	120	115	116	117	118	119	120
121	122	123	124	125	126	121	122	123	124	125	126	121	122	123	124	125	126	121	122	123	124	125	126	121	122	123	124	125	126
127	128	129	130	131	132	127	128	129	130	131	132	127	128	129	130	131	132	127	128	129	130	131	132	127	128	129	130	131	132



1. Este mapa tem como objetivo acompanhar o fornecimento do suplemento de ferro para crianças, gestantes e mulheres até o 3º mês pós-parto e até o 3º mês pós-aborto, de acordo com o manual operacional do PMSF.
2. A distância dos suplementos deverá ocorrer da seguinte forma: para crianças – 1 frasco de sulfato ferroso com 60 ml a cada 3 meses; para gestantes: comprimidos de sulfato ferroso e de ácido fólico a cada mês; e para a mulher o 3º mês pós – aborto – 30 comprimidos de sulfato ferroso a cada mês.

65



ESTADO DO CEARÁ
 PREFEITURA MUNICIPAL DE SAÚDE
 Secretaria Municipal de Saúde
 Rua Tem. Joaquim Nogueira de Queiroz - Centro - Pacajus - Ce
 Cep: 62.870-000 - Fone: (85) 33483487



MAPA DIÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA A EM CRIANÇAS - UF:

Município: _____

Unidade de saúde/local: _____

Responsável: _____

Rotina:

Campanha:

Data/mês/ano: _____

100.000 UI			
Crianças de 6 a 11 meses*			
1	2	3	4
5	6	7	8
9	10	11	12
13	14	15	16
17	18	19	20
21	22	23	24
25	26	27	28
29	30	31	32
33	34	35	36
37	38	39	40
41	42	43	44
45	46	47	48
49	50	51	52
53	54	55	56
57	58	59	60
61	62	63	64
65	66	67	68
69	70	71	72
73	74	75	76
77	78	79	80
81	82	83	84
85	86	87	88
89	90	91	92
93	94	95	96
97	98	99	100

*de 6 a 11 meses, a criança só receberá 1 dose de 100.000 UI

Total - 100.000 UI:

Saldo - 100.000 UI:

200.000 UI							
Crianças de 12 a 59 meses							
1	2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31	32
33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48
49	50	51	52	53	54	55	56
57	58	59	60	61	62	63	64
65	66	67	68	69	70	71	72
73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88
89	90	91	92	93	94	95	96
97	98	99	100				

**de 12 a 59 meses, a criança receberá 9 doses de 200.000 UI (1 a cada 6 meses)

Total - 200.000 UI: (1ª dose)

Saldo - 200.000 UI:

Total - 200.000 UI: (2ª dose)

Relacione a quantidade de cápsulas perdidas com o motivo (registre o número de doses perdidas e marque X no motivo da perda)							
Número de doses perdidas		Prazo de Validade	Perda na Administração	Extravio	Utilização indevida	Acondicionamento inadequado	Violação de frasco
100.000 UI	200.000 UI						

Consolidado - Vitamina A

MAPA MUNICIPAL MENSAL DE ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA - A			
UF: _____ MÊS DE REFERÊNCIA: _____			
PROFISSIONAL RESPONSÁVEL: _____			
DATA: ____/____/____			
ADMINISTRAÇÃO DE VITAMINA - A			
NÚMERO DE DOSES ADMINISTRADAS			
		ROTINA	CAMPANHA
200.000 UI	1ª DOSE		
	2ª DOSE		



CONSOLIDADO MENSAL DO ACOMPANHAMENTO DO FORNECIMENTO DE SUPLEMENTO

Mês de referência: _____
 Município/Uf: _____
 Responsável: _____

1 – Crianças de 4 a 24 meses:

Quantidade de entregas					
Tipo de Suplemento	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope de Sulfato Ferroso					

2 – Gestantes a partir da 20ª semana:

Quantidade de entregas					
Tipo de Suplemento	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope de Sulfato Ferroso					
Comprimidos de Sulfato Ferroso					
Comprimido de Ácido Fólico					

3 – Mulheres até o 3º mês pós parto (e até o 3º mês pós aborto):

Quantidade de entregas					
Tipo de Suplemento	1ª Entrega	2ª Entrega	3ª Entrega	4ª Entrega	5ª Entrega
Xarope de Sulfato Ferroso					
Comprimidos de Sulfato Ferroso					

Tipos de Suplementos	Controle de Perdas			
	Perdido por vencimento de validade	Perdidos por Extravio	Perdidos por algum tipo de danificação	Outros motivos
Xarope de Sulfato Ferroso				
Comprimidos de Sulfato Ferroso				
Comprimidos de Ácido Fólico				

Notas:

- Este formulário servirá como instrumento de apoio para consolidar as informações de todas as unidades de saúde e/ou PSF do município e enviá-las ao nível estadual e federal.
- Para a obtenção dos quantitativos de entregas e produtos perdidos, devem-se consolidar todos os registros dos mapas de acompanhamento do fornecimento de suplementos.
- No controle de perdas deverão ser registrados os quantitativos dos produtos perdidos por vencimento de validade, por extravio, por algum tipo de danificação ou por outro motivo.

OBS: A reposição dos suplementos quebrados pelas pessoas não deve ser registrada como uma nova entrega. Nesta situação, entregue a quantidade do suplemento perdido para o responsável ou pessoa participe do PNSF e registre este quantitativo de suplementos repostos no item "perdidos por algum tipo de danificação" do controle de perdas.



ESTADO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

69



HOSPITAL JOSÉ MARIA PHILOMENO GOMES
FICHA GERAL DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO

PACIENTE: _____

RG: _____ FONE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ IDADE: _____

SEXO: () MASCULINO () FEMININO COR: _____

NATALIDADE: _____ PROFISSÃO: _____

ENDEREÇO COMPLETO (LOGRADOURO: RUA, AV, TRAV, ETC.)

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

PSF DE ABRANGÊNCIA: _____

PAI: _____

MÃE: _____

CÔNJUGE: _____

ESPECIALIDADE: _____

DATA DE ADMISSÃO: ____ / ____ / ____



PREFEITURA MUNICIPAL DE PACAJUS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

70

ATESTADO MÉDICO

Atesto que _____

necessita de _____ dia(s) de licença para tratamento
de Saúde.

CID: _____

Pacajus, ____/____/____.

Ass. com carimbo

