

CARTEIRA DE VACINAS

Nome da Criança: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Unidade de Saúde: _____

Cartão SUS:

**Secretaria Municipal
de Saúde**



MUNICÍPIO DE CAPANEMA



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
Secretaria da Saúde

Doses/Vacinas	BCG-ID	Hepatite B	Pentavalente (DTP+Hib+Hb) + reforço DTP
1ª Dose	Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____
2ª Dose			Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____
3ª Dose			Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____
1º Reforço			Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____
2º Reforço			Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____

**Vacina Inativada
Poliomielite
(VIP e VOP)**

**Vacina Oral
Rotavírus Humano**

**Vacina
Pneumocócica 10**

**Vacina
Meningocócica C**

Data: ___/___/___
Lote: _____
Unid.: _____
Ass.: _____

Data: ___/___/___
Lote: _____
Unid.: _____
Ass.: _____

Data: ___/___/___
Lote: _____
Unid.: _____
Ass.: _____

Data: ___/___/___
Lote: _____
Unid.: _____
Ass.: _____

Data: ___/___/___
Lote: _____
Unid.: _____
Ass.: _____

Data: ___/___/___
Lote: _____
Unid.: _____
Ass.: _____

Data: ___/___/___
Lote: _____
Unid.: _____
Ass.: _____

Data: ___/___/___
Lote: _____
Unid.: _____
Ass.: _____

Data: ___/___/___
Lote: _____
Unid.: _____
Ass.: _____

Data: ___/___/___
Lote: _____
Unid.: _____
Ass.: _____

Data: ___/___/___
Lote: _____
Unid.: _____
Ass.: _____

Data: ___/___/___
Lote: _____
Unid.: _____
Ass.: _____

Data: ___/___/___
Lote: _____
Unid.: _____
Ass.: _____

Obs.: Os espaços em verde acompanham o Calendário Básico de Vacinação recomendado pelo Ministério da Saúde.

Febre Amarela	Tríplice Viral (SCR)	Tríplice Viral (SCRV)	Vacina Influenza
Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____
	Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____
			Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____
			Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____
			Data: ___/___/___ Lote: _____ Unid.: _____ Ass.: _____