



FICHA DE SOLICITAÇÃO E REGISTO DE VACINA CONTRA O PNEUMOCOCCO 23

I – IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME:	_____
Nº DO PRONTUÁRIO:	_____ ALA _____ LEITO _____
TIPO DE VACINA:	Pneumococco 23
DATA:	___/___/___ MÉDICO SOLICITANTE: _____ (carimbo e assinatura)

II – INFORMAÇÕES NECESSÁRIAS

DATA DE NASCIMENTO:	___/___/___ IDADE _____ CNS _____
RAÇA:	() BRANCA () PARDA () NEGRA () AMARELA
NOME DA MÃE:	_____
ENDEREÇO:	Rua _____ nº _____
BAIRRO:	_____ COMP. _____
MUNICÍPIO	_____ CEP: _____
ZONA:	() URBANA () RURAL TELEFONE: () _____

III – DADOS DA VACINA

TIPO DE VACINA:	Pneumococco 23 – () 1ª dose () Reforço
LOTE:	_____ VALIDADE: _____ LABORATÓRIO: _____
DATA:	___/___/___ ENFERMEIRO: _____ (carimbo e assinatura)