

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)