



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE

REGISTO DE ADMINISTRAÇÃO DE VACINAS NÃO INCLUÍDAS NO PROGRAMA REGIONAL DE VACINAÇÃO

Instituição / Serviço:

Mês:

Identificação do Responsável pelo Serviço:

Ano:

Reg. N.º		
Identificação		
Utente	Vacina	
Nome:	Nome comercial:	
Data de Nascimento: / /	Tipo:	
N.º cartão utente:	Lote:	Dose:
Profissional que administra a vacina	Lugar anatómico:	
Nome:	Via de administração:	
Categoria Profissional:	Registado no Boletim de Vacinas	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
Data da Administração: / /	Grupo de Risco*:	
Ass:	Observações:	

Reg. N.º		
Identificação		
Utente	Vacina	
Nome:	Nome comercial:	
Data de Nascimento: / /	Tipo:	
N.º cartão utente:	Lote:	Dose:
Profissional que administra a vacina	Lugar anatómico:	
Nome:	Via de administração:	
Categoria Profissional:	Registado no Boletim de Vacinas	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
Data da Administração: / /	Grupo de Risco*:	
Ass:	Observações:	

Reg. N.º		
Identificação		
Utente	Vacina	
Nome:	Nome comercial:	
Data de Nascimento: / /	Tipo:	
N.º cartão utente:	Lote:	Dose:
Profissional que administra a vacina	Lugar anatómico:	
Nome:	Via de administração:	
Categoria Profissional:	Registado no Boletim de Vacinas	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/>
Data da Administração: / /	Grupo de Risco*:	
Ass:	Observações:	

Este formulário deverá permanecer no serviço e dele ser enviada uma cópia à Direção Regional da Saúde até ao dia 10 do mês seguinte a que respeita.

* Preencher se enquadrável na campanha anual de vacinação contra a gripe de acordo com a orientação técnica em vigor.

