

# FICHA DE VACINAÇÃO BIVALENTE COVID-19

## Preenchimento do Estabelecimento de Saúde

CBO do Profissional:	CNES:	Data: __/__/----
----------------------	-------	------------------

## Dados da Vacina

Fabricante:	Lote:	Dose: <input type="checkbox"/> REFORÇO	Prazo para próxima dose da vacina: __/__/----
Possui esquema vacinal com pelo menos 2 doses há no mínimo 4 meses?			
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			

## Grupo de Atendimento

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pessoas de 60 anos ou mais         | <input type="checkbox"/> Institucionalizado                               |
| <input type="checkbox"/> Imunocomprometidos                 | <input type="checkbox"/> Comorbidades                                     |
| <input type="checkbox"/> Trabalhadores de Saúde             | <input type="checkbox"/> População Privada de Liberdade                   |
| <input type="checkbox"/> Pessoas com deficiência permanente | <input type="checkbox"/> Funcionários do sistema de privação de liberdade |
| <input type="checkbox"/> Trabalhadores de ILPI              | <input type="checkbox"/> População Geral                                  |
| <input type="checkbox"/> Gestantes e Puérperas              |   |

## Local de Atendimento

- UBS  
  UNIDADE MÓVEL  
  RUA  
  DOMICÍLIO  
  ESCOLA /CRECHE  
  OUTROS

## Preenchimento do Cidadão

Nome:	CNS (Cartão Nacional de Saúde) ou CPF:	
Nome da mãe:	Sexo: <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	Data de nascimento: __/__/__ Idade:
Raça/cor: <input type="checkbox"/> AMARELO <input type="checkbox"/> INDÍGENA <input type="checkbox"/> BRANCO <input type="checkbox"/> PRETO <input type="checkbox"/> PARDO	Telefone(s):	CEP:
Logradouro:	Número/Complemento:	Bairro: