PREFEITURA DE ALFENAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

VACINA CONTRA POLIOMIELITE (oral)

Sala de Vacina: _____ Mês: _____ Ano: _____

Dose / Fx. Etária / Dia	< 1 ano			1 ano				2 anos				3 anos				4 anos					5 a 6 anos					7 anos e +				Total
	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	REF 1	1ª	2ª	3ª	REF 1	1ª	2ª	3ª	REF 1	1ª	2ª	3ª	REF 1	REF 2	1ª	2ª	3ª	REF 1	REF 2	1ª	2ª	3ª	REF 1	