PREFEITURA DE ALFENAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

VACINA BCG (COMUNICANTE)

Sala de Vacina: _____ Mês: _____Ano: _____

Fx. Etária / Doses / Dia	< 1 ano	1 ano		2 anos		3 anos		4 anos		5 a 6 anos		7 a 14 anos		15 a 59 anos		60 anos e +		**Total**
	1ª	1ª	2ª rev	1ª	2ª rev	1ª	2ª rev	1ª	2ª rev	1ª	2ª rev	1ª	2ª rev	1ª	2ª rev	1ª	2ª rev	