PREFEITURA DE ALFENAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

VACINA CONTRA HEPATITE B (< 1 ano a 19 anos)

Sala de Vacina: _____ **Mês:** _____**Ano:** _____

Fx. Etária	< 1 ano				1 ANO				2 ANOS				3 ANOS				4 ANOS				5 A 10 ANOS				11 A 14 ANOS				15 A 19 ANOS				TOTAL
Dose / Data	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	

PREFEITURA DE ALFENAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

VACINA CONTRA HEPATITE B (20 a 60 anos e +)

Sala de Vacina: _____ Mês: _____Ano: _____

Fx. Etária	20 a 24 anos				25 a 29 anos				30 a 39 anos				40 a 49 anos				50 a 59 anos				60 anos e +				TOTAL
Dose / Data	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	1ª	2ª	3ª	4ª	