PREFEITURA DE ALFENAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

VACINA CONTRA ROTAVÍRUS HUMANO (oral)

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

Doses / Fx. etária / Dia	1ª DOSE		2ª DOSE		Total < 1 ano
	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	