PREFEITURA DE ALFENAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

VACINA PNEUMOCÓCICA 10 VALENTE

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

Dose / Fx. Etária / Dia	< 1 ano			1 ano			2 anos		3 anos		4 anos		Total
	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	REF 1	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª	