PREFEITURA DE ALFENAS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

VACINA DTP/HB/HIB (PENTA B)

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

Fx. Etária / Doses / Dia	< 1 ano			1 ano			2 anos			3 anos			4 anos			5 a 6 anos			Total
	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	