

OUTRAS VACINAS

1ª Dose	2ª Dose
_____	_____
___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Lote: _____	Lote: _____
Val: ___ / ___ / ___	Val: ___ / ___ / ___
Ass: _____	Ass: _____

OUTRAS VACINAS

1ª Dose	2ª Dose
_____	_____
___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Lote: _____	Lote: _____
Val: ___ / ___ / ___	Val: ___ / ___ / ___
Ass: _____	Ass: _____



Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
 Superintendência de Epidemiologia
 Coordenação de Imunização

CARTÃO DE VACINAÇÃO DO ADULTO

NOME:		
DN:	TIPO SANGUINEO:	
END:		
MUNICÍPIO:		
UF:	TELEFONE:	GRS:

DUPLA ADULTO (CONTRA TÉTANO E DIFTERIA)

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose	Reforço
___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___	___ / ___ / ___
Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____	Lote: _____
Val: ___ / ___ / ___	Val: ___ / ___ / ___	Val: ___ / ___ / ___	Val: ___ / ___ / ___
Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____	Ass: _____