

**Data :** \_\_\_\_\_

**Nome :** \_\_\_\_\_

**Apelido :** \_\_\_\_\_

**Morada:** \_\_\_\_\_

**Data de nascimento / Idade:**

**Filiação:**

**Centro de vacinação de:**

**TOXOIDE TETÂNICA**

1.<sup>a</sup> Dose : \_\_\_\_\_

2.<sup>a</sup> Dose : \_\_\_\_\_

3.<sup>a</sup> Dose : \_\_\_\_\_

4.<sup>a</sup> Dose : \_\_\_\_\_

5.<sup>a</sup> Dose : \_\_\_\_\_

**Outras vacinas**

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU  
Ministério da Saúde Pública

**unicef**



PROGRAMA ALARGADO  
DE VACINAÇÃO

**CARTÃO VACINAL  
DA MÃE**

**E DA FUTURA MÃE**

N.º \_\_\_\_\_