

INSTRUÇÃO DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE REGISTRO PARA AS UNIDADES DE SAÚDE.

1. ITENS PREENCHIDOS PELAS ESCOLAS:

Itens de preenchimento obrigatório:

- **Nome da Escola:** Preencher com o nome da escola.
- **Série, turma e turno:** Preencher com a série, a turma e o turno da aluna a ser vacinada. No formulário eletrônico o turno deverá ser selecionado.
- **Nome:** Preencher com o nome completo da adolescente **sem** abreviações.
- **Nome da mãe:** Preencher com o nome completo da mãe da adolescente **sem** abreviações.
- **Data de Nascimento:** Preencher com a data em que a adolescente nasceu. O preenchimento deve ocorrer da seguinte forma: dd/mm/aaaa não deve haver espaço entre os números.
- **Sexo:** Marcar com um "X" na letra "F" correspondente ao sexo feminino. No formulário eletrônico já está preenchido
- **Raça:** No formulário eletrônico deverá ser selecionada.
- **País:** Preencher de acordo com a tabela de apoio. No nosso caso o Brasil corresponde ao número "1". No formulário eletrônico já está preenchido
- **UF de residência:** Preencher com a unidade da federação a qual a adolescente mora. Neste caso "RS". No formulário eletrônico já está preenchido
- **Município de residência:** Preencher com nome completo do município a qual a adolescente mora. No formulário eletrônico deverá ser selecionado.
- **Grupo de Atendimento:** Preencher de acordo com a tabela de apoio. No nosso caso "População Geral" corresponde ao número "7". No formulário eletrônico já está preenchido
- **Endereço:** preencher com o nome completo da rua, avenida, travessa, etc.
- **Número:** Anotar o número da casa / edifício em que a adolescente mora.
- **CEP:** preencher com o CEP correspondente ao bairro de residência da vacinada.
- **Complemento:** Anotar informações como nº do apartamento, referências próximas a moradia.
- **Bairro:** preencher com o nome do bairro de residência da adolescente.
- **Telefone:** preencher com os números do código de área (DDD) e o telefone da adolescente. (Este dado é importante para fazer a busca ativa para as doses subseqüentes)
- **E-mail:** preencher com o endereço eletrônico da adolescente. (Este dado é importante para fazer a busca ativa para as doses subseqüentes)
- **Zona de residência:** Marcar com um "X" em Rural **ou** Urbana. No formulário eletrônico deverá ser selecionado.

2. ITENS PREENCHIDOS PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO MOMENTO DA VACINAÇÃO:

- **Estabelecimento de saúde:** Preencher com o nome da **unidade de saúde de referência** para a escola onde está sendo realizada a ação de vacinação.
- **Código do CNS:** Preencher com o número do CNS correspondente a **unidade de saúde de referência (preenchimento no momento da digitação)**
- **Gestante:** Deverá ser questionado no momento da vacinação se a adolescente está grávida.
Em caso positivo, a vacinação deverá ser adiada até o período pós - parto.
- Os demais itens constantes na ficha deverão ser preenchidos conforme rotina do Programa Estadual de imunizações. EX:

RA (Registro anterior)	Data da Aplicação	Estratégia:	Imunobiológico	Laboratório	Dose	Lote	Motivo de indicação	Especialidade	Aprazamento	Data da Digitação
	12/03/2014	Não Preencher	HPV	MSD/Butantan	1ª	AA263	Não preencher	Não preencher	Não preencher	Não preencher

RA- Registro Anterior: Marcar com um "X" se a adolescente já tiver sido vacinada em outra ocasião, assim como os demais dados desta vacinação.