Anexo 1A: Boletim de atividades de campo do MRC durante a visita

MUNICÍPIO:_____ Estabelecimento de Sáude:_____

Setor ou localidade _____

Poliomielite

(A) Nº de casas visitadas	(B) Crianças residentes na faixa etária		(C) Crianças residentes na faixa etária, presentes durante a visita ou cartões disponiveis no domicilio	(D) Situação vacinal com D3 poliomielite (VIP ou VOP)	(E) Cobertura vacinal*	(F) Crianças NÃO vacinadas com terceira dose (D3) de vacina VOP ou VIP*	(G) motivos informados da NÃO vacinação												(H) Doses de vacinas aplicadas durante o MRC				
							Perdeu/ sem comprovante	Falta de tempo	Dificuldade de ir ao posto de vacinação (acesso)	Recusa da vacina	Posto de vacinação fechado	Faltou vacina	Contra indicação médica	Evento adverso em dose anterior	Várias injeções ao mesmo tempo	Não estava agendada	Outros motivos**	Total	VIP			VOP	
																			D1	D2	D3	REF1	REF2
	Idades	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade												Quantidade				
1	6m a <1ano																						
	1 ano																						
	2 anos																						
	3 anos																						
	4 anos																						
2	6m a <1ano																						
	1 ano																						
	2 anos																						
	3 anos																						
	4 anos																						
3	6m a <1ano																						
	1 ano																						
	2 anos																						
	3 anos																						
	4 anos																						
4	6m a <1ano																						
	1 ano																						
	2 anos																						
	3 anos																						
	4 anos																						
5	6m a <1ano																						
	1 ano																						
	2 anos																						
	3 anos																						
	4 anos																						

* Campo cinza colunas E e F não necessita preencher,será preenchido automaticamente no site

Campo cinza coluna deve ser bloqueado no site para entrada de dados, pois não há indicação para dose correspondente nessa faixa etária

Campo marrom bloqueada a entrada de dados no site , será preenchido automaticamente

Anexo 1B: Boletim de consolidado do MRC entrada de dados no site

MUNICÍPIO: _____ Estabelecimento de Saúde:_____

SETOR OU LOCALIDADE: _____ DATA: _____/_____/_____ RESPONSÁVEL: _____

Poliomielite

(A) Nº de casas visitadas	(B) Crianças residentes na faixa etária		(C) Crianças residentes na faixa etária, presentes durante a visita ou cartões disponiveis no domicilio	(D) Situação vacinal	(E) Cobertura vacinal*	(F) Crianças NÃO vacinadas com D3 de vacina VOP ou VIP	(G) motivos informados da NÃO vacinação												(H)Doses de vacinas aplicadas durante o MRC				
																			VIP			VOP	
				D3 (VOP ou VIP)	D3 (VOP +VIP)		Perdeu/ sem comprovante	Falta de tempo	Dificuldade de ir ao posto de vacinação (acesso)	Recusa da vacina	Posto de vacinação fechado	Faltou vacina	Contra indicação médica	Evento adverso em dose anterior	Várias injeções ao mesmo tempo	Não estava agendada	Outros motivos	Total	D1	D2	D3	REF1	REF2
	Idades	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade												Quantidade				
	6m a <1ano				#DIV/0!	0												0					
	1 ano				#DIV/0!	0												0					
	2 anos				#DIV/0!	0												0					
	3 anos				#DIV/0!	0												0					
	4 anos				#DIV/0!	0												0					

* Campo cinza colunas E e F não necessita preencher,será preenchido automaticamente no site

Campo cinza coluna deve ser bloqueado no site para entrada de dados, pois não há indicação para dose correspondente nessa faixa etária

Anexo 2A: Boletim de Campo consolidado do MRC durante a visita

MUNICÍPIO: _____ Estabelecimento de Saúde:_____

SETOR OU LOCALIDADE: _____ DATA: _____/_____/_____ RESPONSÁVEL: _____

Triplice viral/Tetra viral

(A) Nº de casas visitadas	(B) Crianças residentes na faixa etária		(C) Crianças residentes na faixa etária, presentes durante a visita ou cartões disponiveis no domicilio	(D) situação vacinal				(E) Cobertura vacinal		(F) Crianças NÃO vacinadas com D1 de triplice viral**	(G) motivos informados da NÃO vacinação											(H)Doses de vacinas aplicadas durante o MRC			
				Triplice Viral			Tetra Viral															Triplice viral			Tetra viral
				D	D1	D2	DU	Com D1 de triplice viral	Com D2 (Triplice viral ou DU de tetra viral		Perdeu/ sem comprovante	Falta de tempo	Dificuldade de ir ao posto de vacinação (acesso)	Recusa da vacina	Posto de vacinação fechado	Faltou vacina	Contra indicação médica	Evento adverso em dose anterior	Várias injeções ao mesmo tempo	Não estava agendada	Outros motivos	Total	D	D1	D2	DU
	Idades	Quantidade		Quantidade				Quantidade		Quantidade	Quantidade												Quantidade			
1	6m a 11m*																									
	12m a 14m																									
	15m a 23m																									
	2 anos																									
	3 anos																									
	4 anos																									
2	6m a 11m*																									
	12m a 14m																									
	15m a 23m																									
	2 anos																									
	3 anos																									
	4 anos																									
3	6m a 11m*																									
	12m a 14m																									
	15m a 23m																									
	2 anos																									
	3 anos																									
	4 anos																									
4	6m a 11m*																									
	12m a 14m																									
	15m a 23m																									
	2 anos																									
	3 anos																									
	4 anos																									
5	6m a 11m*																									
	12m a 14m																									
	15m a 23m																									
	2 anos																									
	3 anos																									
	4 anos																									

* Somente nos municipios do estado de Roraima e no municipio de Manaus no estado do Amazonas. Deverá ser bloqueada a entrada de dados para os demais municipios

** Colunas (E) e (F)preenchidas automaticamente no site.

Campos em cinza não permitem entrada de dados. Não há indicação da dose para a idade correspondente

Este campo deverá ser preenchido somente com D2 ou DU

Campo marrom bloqueada a entrada de dados no site , será preenchido automaticamente

Anexo 2B: Boletim de consolidado do MRC para digitação no site

ESTADO _____ MUNICÍPIO: _____

SETOR OU LOCALIDADE: _____ DATA: _____/_____/_____ RESPONSÁVEL: _____

Tríplice viral/tetra viral

(A) Nº de casas visitadas	(B) Crianças residentes na faixa etária		(C) Crianças residentes na faixa etária, presentes durante a visita ou cartões disponiveis no domicilio	(D) Situação vacinal				(E) Cobertura Vacinal**		(F) Crianças NÃO vacinadas com D1 de triplice viral**	(G) motivos informados da NÃO vacinação											Total	(H)Doses de vacinas aplicadas durante o MRC			
				Triplice viral			Tetra viral	Tiplice viral	Triplice viral /Tetraviral		Perdeu/ sem comprovante	Falta de tempo	Dificuldade de ir ao posto de vacinação (acesso)	Recusa da vacina	Posto de vacinação fechado	Faltou vacina	Contra indicação médica	Evento adverso em dose anterior	Várias injeções ao mesmo tempo	Não estava agendada	Outros motivos		Triplice viral			tetra viral
				D	D1	D2	DU	D1	D2 ou DU														D	D1	D2	DU
	Idades	Quantidade	Quantidade	Quantidade				Quantidade		Quantidade	Quantidade												Quantidade			
	6m a 11 m							#DIV/0!														0				
	12m a 14m							#DIV/0!		0												0				
	15 m a 23 m							#DIV/0!	#DIV/0!	0												0				
	2 anos							#DIV/0!	#DIV/0!	0												0				
	3 anos							#DIV/0!	#DIV/0!	0												0				
	4 anos							#DIV/0!	#DIV/0!	0												0				