

Uniform Vaccine Administration Record																	
Clinic Name, Location	Patient Name (Last, First Middle)																
	<table border="1"> <tr> <td>Gender</td> <td>Patient ID No.</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female </td> <td> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	Gender	Patient ID No.	<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>												
Gender	Patient ID No.																
<input type="checkbox"/> male <input type="checkbox"/> female	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																
Physician	Date of Birth																
Allergies	<table border="1"> <tr> <td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> <td>m</td><td>m</td> <td>d</td><td>d</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	y	y	y	y	m	m	d	d	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
y	y	y	y	m	m	d	d										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

Imprint patient data above

This area for bar-coded and human-readable FORM NUMBER

↓ Place vaccine identification sticker over shaded area in lieu of hand entry ↓

Date Administered <table border="1"> <tr> <td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> <td>m</td><td>m</td> <td>d</td><td>d</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	y	y	y	y	m	m	d	d	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vaccine Type or Brand Name	Manufacturer / Distributor <input type="checkbox"/> Aventis Pasteur (AVP) <input type="checkbox"/> Baxter (BAX) <input type="checkbox"/> Berna (BER) <input type="checkbox"/> BioPort (BPT) <input type="checkbox"/> Chiron (CHIR) <input type="checkbox"/> Evans (EVN) <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline (GSK) <input type="checkbox"/> Mass. (MAB) <input type="checkbox"/> Wyeth-Lederle (WAL) <input type="checkbox"/> Merck (MRK) <input type="checkbox"/> Other: _____	Route <input type="checkbox"/> injection → Site <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> deltoid Depth <input type="checkbox"/> intramuscular <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gluteus <input type="checkbox"/> subcutaneous <input type="checkbox"/> intranasal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> thigh <input type="checkbox"/> intradermal <input type="checkbox"/> inhalation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> other: _____ <input type="checkbox"/> topical cutaneous
	y	y	y	y	m	m	d	d											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
At Age _____ <input type="checkbox"/> weeks <input type="checkbox"/> months <input type="checkbox"/> years	Lot No.	Source <input type="checkbox"/> private <input type="checkbox"/> county/city <input type="checkbox"/> state <input type="checkbox"/> federal <input type="checkbox"/> other: _____	Name of Person Administering Vaccine <i>Initials</i> Print VIS Publication Date(s) ¹ <i>Recipient Initials</i> ²																
Remarks:																			

Date Administered <table border="1"> <tr> <td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> <td>m</td><td>m</td> <td>d</td><td>d</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	y	y	y	y	m	m	d	d	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vaccine Type or Brand Name	Manufacturer / Distributor <input type="checkbox"/> Aventis Pasteur (AVP) <input type="checkbox"/> Baxter (BAX) <input type="checkbox"/> Berna (BER) <input type="checkbox"/> BioPort (BPT) <input type="checkbox"/> Chiron (CHIR) <input type="checkbox"/> Evans (EVN) <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline (GSK) <input type="checkbox"/> Mass. (MAB) <input type="checkbox"/> Wyeth-Lederle (WAL) <input type="checkbox"/> Merck (MRK) <input type="checkbox"/> Other: _____	Route <input type="checkbox"/> injection → Site <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> deltoid Depth <input type="checkbox"/> intramuscular <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gluteus <input type="checkbox"/> subcutaneous <input type="checkbox"/> intranasal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> thigh <input type="checkbox"/> intradermal <input type="checkbox"/> inhalation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> other: _____ <input type="checkbox"/> topical cutaneous
	y	y	y	y	m	m	d	d											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
At Age _____ <input type="checkbox"/> weeks <input type="checkbox"/> months <input type="checkbox"/> years	Lot No.	Source <input type="checkbox"/> private <input type="checkbox"/> county/city <input type="checkbox"/> state <input type="checkbox"/> federal <input type="checkbox"/> other: _____	Name of Person Administering Vaccine <i>Initials</i> Print VIS Publication Date(s) ¹ <i>Recipient Initials</i> ²																
Remarks:																			

Date Administered <table border="1"> <tr> <td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> <td>m</td><td>m</td> <td>d</td><td>d</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	y	y	y	y	m	m	d	d	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vaccine Type or Brand Name	Manufacturer / Distributor <input type="checkbox"/> Aventis Pasteur (AVP) <input type="checkbox"/> Baxter (BAX) <input type="checkbox"/> Berna (BER) <input type="checkbox"/> BioPort (BPT) <input type="checkbox"/> Chiron (CHIR) <input type="checkbox"/> Evans (EVN) <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline (GSK) <input type="checkbox"/> Mass. (MAB) <input type="checkbox"/> Wyeth-Lederle (WAL) <input type="checkbox"/> Merck (MRK) <input type="checkbox"/> Other: _____	Route <input type="checkbox"/> injection → Site <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> deltoid Depth <input type="checkbox"/> intramuscular <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gluteus <input type="checkbox"/> subcutaneous <input type="checkbox"/> intranasal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> thigh <input type="checkbox"/> intradermal <input type="checkbox"/> inhalation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> other: _____ <input type="checkbox"/> topical cutaneous
	y	y	y	y	m	m	d	d											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
At Age _____ <input type="checkbox"/> weeks <input type="checkbox"/> months <input type="checkbox"/> years	Lot No.	Source <input type="checkbox"/> private <input type="checkbox"/> county/city <input type="checkbox"/> state <input type="checkbox"/> federal <input type="checkbox"/> other: _____	Name of Person Administering Vaccine <i>Initials</i> Print VIS Publication Date(s) ¹ <i>Recipient Initials</i> ²																
Remarks:																			

Date Administered <table border="1"> <tr> <td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> <td>m</td><td>m</td> <td>d</td><td>d</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	y	y	y	y	m	m	d	d	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vaccine Type or Brand Name	Manufacturer / Distributor <input type="checkbox"/> Aventis Pasteur (AVP) <input type="checkbox"/> Baxter (BAX) <input type="checkbox"/> Berna (BER) <input type="checkbox"/> BioPort (BPT) <input type="checkbox"/> Chiron (CHIR) <input type="checkbox"/> Evans (EVN) <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline (GSK) <input type="checkbox"/> Mass. (MAB) <input type="checkbox"/> Wyeth-Lederle (WAL) <input type="checkbox"/> Merck (MRK) <input type="checkbox"/> Other: _____	Route <input type="checkbox"/> injection → Site <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> deltoid Depth <input type="checkbox"/> intramuscular <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gluteus <input type="checkbox"/> subcutaneous <input type="checkbox"/> intranasal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> thigh <input type="checkbox"/> intradermal <input type="checkbox"/> inhalation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> other: _____ <input type="checkbox"/> topical cutaneous
	y	y	y	y	m	m	d	d											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
At Age _____ <input type="checkbox"/> weeks <input type="checkbox"/> months <input type="checkbox"/> years	Lot No.	Source <input type="checkbox"/> private <input type="checkbox"/> county/city <input type="checkbox"/> state <input type="checkbox"/> federal <input type="checkbox"/> other: _____	Name of Person Administering Vaccine <i>Initials</i> Print VIS Publication Date(s) ¹ <i>Recipient Initials</i> ²																
Remarks:																			

Date Administered <table border="1"> <tr> <td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> <td>m</td><td>m</td> <td>d</td><td>d</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	y	y	y	y	m	m	d	d	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vaccine Type or Brand Name	Manufacturer / Distributor <input type="checkbox"/> Aventis Pasteur (AVP) <input type="checkbox"/> Baxter (BAX) <input type="checkbox"/> Berna (BER) <input type="checkbox"/> BioPort (BPT) <input type="checkbox"/> Chiron (CHIR) <input type="checkbox"/> Evans (EVN) <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline (GSK) <input type="checkbox"/> Mass. (MAB) <input type="checkbox"/> Wyeth-Lederle (WAL) <input type="checkbox"/> Merck (MRK) <input type="checkbox"/> Other: _____	Route <input type="checkbox"/> injection → Site <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> deltoid Depth <input type="checkbox"/> intramuscular <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gluteus <input type="checkbox"/> subcutaneous <input type="checkbox"/> intranasal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> thigh <input type="checkbox"/> intradermal <input type="checkbox"/> inhalation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> other: _____ <input type="checkbox"/> topical cutaneous
	y	y	y	y	m	m	d	d											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
At Age _____ <input type="checkbox"/> weeks <input type="checkbox"/> months <input type="checkbox"/> years	Lot No.	Source <input type="checkbox"/> private <input type="checkbox"/> county/city <input type="checkbox"/> state <input type="checkbox"/> federal <input type="checkbox"/> other: _____	Name of Person Administering Vaccine <i>Initials</i> Print VIS Publication Date(s) ¹ <i>Recipient Initials</i> ²																
Remarks:																			

Date Administered <table border="1"> <tr> <td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td> <td>m</td><td>m</td> <td>d</td><td>d</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	y	y	y	y	m	m	d	d	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vaccine Type or Brand Name	Manufacturer / Distributor <input type="checkbox"/> Aventis Pasteur (AVP) <input type="checkbox"/> Baxter (BAX) <input type="checkbox"/> Berna (BER) <input type="checkbox"/> BioPort (BPT) <input type="checkbox"/> Chiron (CHIR) <input type="checkbox"/> Evans (EVN) <input type="checkbox"/> GlaxoSmithKline (GSK) <input type="checkbox"/> Mass. (MAB) <input type="checkbox"/> Wyeth-Lederle (WAL) <input type="checkbox"/> Merck (MRK) <input type="checkbox"/> Other: _____	Route <input type="checkbox"/> injection → Site <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> deltoid Depth <input type="checkbox"/> intramuscular <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gluteus <input type="checkbox"/> subcutaneous <input type="checkbox"/> intranasal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> thigh <input type="checkbox"/> intradermal <input type="checkbox"/> inhalation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> other: _____ <input type="checkbox"/> topical cutaneous
	y	y	y	y	m	m	d	d											
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>												
At Age _____ <input type="checkbox"/> weeks <input type="checkbox"/> months <input type="checkbox"/> years	Lot No.	Source <input type="checkbox"/> private <input type="checkbox"/> county/city <input type="checkbox"/> state <input type="checkbox"/> federal <input type="checkbox"/> other: _____	Name of Person Administering Vaccine <i>Initials</i> Print VIS Publication Date(s) ¹ <i>Recipient Initials</i> ²																
Remarks:																			