

# Pediatric Vaccine Administration Record

<b>Clinic Name &amp; Address</b>
----------------------------------

Vaccines For Children (VFC) Eligibility Screening and documentation is required by federal mandate for individuals under 19 who receive state supplied vaccine.

Circle # in VFC column to document eligibility:

VFC Eligible  
 1- Medicaid  
 2- American Indian or Alaska Native  
 3- Underinsured (FQCH/RHC only)  
 4- No Insurance

Not VFC Eligible  
 5- Insured, or age 19 and older

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<b>*** Route/Site Legend</b>	IM = Intramuscular	SQ = Subcutaneous	PO = Oral	IN = Intranasal
	RA = Right Arm	LA = Left Arm	RT = Right Thigh	LT = Left Thigh

Immunization Type	Date Vaccine Admin & VIS* Given	VFC Eligibility (circle one)	*** Route/Site (circle one)	Lot Number	Mfr.	Vaccine Expiration Date	VIS* Publication Date	Vaccine Admin Signature	Title
DTaP-HepB-IPV #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-HepB-IPV #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-HepB-IPV #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV/Hib #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV/Hib #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV/Hib #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV/Hib #4		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV-Hib-HepB #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV-Hib-HepB #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV-Hib-HepB #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Hib #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Hib #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Hib #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Hib #4		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
*** Add the formulation used – Example PCV20									
PCV #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
PCV #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
PCV #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
PCV #4		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP #4		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP #5		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
DTaP-IPV		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
IPV #1		1 2 3 4 5	IM SQ / RT RA LT LA						
IPV #2		1 2 3 4 5	IM SQ / RT RA LT LA						
IPV #3		1 2 3 4 5	IM SQ / RT RA LT LA						
IPV #4		1 2 3 4 5	IM SQ / RT RA LT LA						
HepA #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HepA #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HepB (Birth Dose)		1 2 3 4 5							
HepB # ____		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HepB # ____		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HepB # ____		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						

## Pediatric Vaccine Administration Record Continued

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Immunization Type	Date Vaccine Admin & VIS* Given	VFC Eligibility (circle one)	*** Route/Site (circle one)	Lot Number	Mfr.	Vaccine Expiration Date	VIS* Publication Date	Vaccine Admin Signature	Title
RV #1		1 2 3 4 5	PO						
RV #2		1 2 3 4 5	PO						
RV #3		1 2 3 4 5	PO						
RSV		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
MMR #1		1 2 3 4 5	IM SQ / RT RA LT LA						
MMR #2		1 2 3 4 5	IM SQ / RT RA LT LA						
MMRV #1		1 2 3 4 5	IM SQ / RT RA LT LA						
MMRV #2		1 2 3 4 5	IM SQ / RT RA LT LA						
VAR #1		1 2 3 4 5	IM SQ / RT RA LT LA						
VAR #2		1 2 3 4 5	IM SQ / RT RA LT LA						
Varicella Disease	Date:	/ /	History:						
Tdap #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Tdap / Td		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
Tdap / Td		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
MCV4 #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
MCV4 #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
MenB #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
MenB #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HPV #1		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HPV #2		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
HPV #3		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
<b>Influenza</b>									
IIV		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
IIV		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
IIV		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
LAIV		1 2 3 4 5	IN						
LAIV		1 2 3 4 5	IN						
<b>COVID - 19</b>									
		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
<b>Other Vaccines (PPSV23, Travel Vaccines, etc.)</b>									
		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						
		1 2 3 4 5	IM / RT RA LT LA						

\* We recognize that this form uses vaccine and VIS which may not fully fit terminology for new immunization products like nirsevimab or COVID-19 products under EUA. However, each column should be filled out for each product that most matches the immunization product information.