

Clinic Name & Address

# Adult Vaccine Administration Record

Rev.05-2022

Name: \_\_\_\_\_ (Last) \_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_ (Middle)

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

Address: \_\_\_\_\_ City/Town: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Adults ages 19-64 years are eligible to receive vaccine from the Vermont Vaccines for Adults program.  
Federal law requires documentation of current VIS provided to patient for each vaccination.

Vaccine Type	Date Vaccine Administered & VIS Given	Route/Site (circle)	Manu- facturer	Lot Number	VIS Publication Date	Administered By	
						Signature	Title
HepA #1		IM / RA LA					
HepA #2		IM / RA LA					
HepB #1		IM / RA LA					
HepB #2		IM / RA LA					
HepB #3		IM / RA LA					
HepA-HepB #1		IM / RA LA					
HepA-HepB #2		IM / RA LA					
HepA-HepB #3		IM / RA LA					
HPV #1		IM / RA LA					
HPV #2		IM / RA LA					
HPV #3		IM / RA LA					
PPSV23		IM / RA LA					
PCV15 / PCV20*		IM / RA LA					
RZV (shingles) #1		IM / RA LA					
RZV (shingles) #2		IM / RA LA					
Tdap / Td*		IM / RA LA					
Tdap / Td*		IM / RA LA					
Tdap / Td*		IM / RA LA					
Tdap / Td*		IM / RA LA					

\* circle formulation used



