

Clinic Name & Address

Adult Vaccine Administration Record

Rev.12-2023

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/EUA Given	Route/Site (circle)	Manu- facturer	Lot Number	VIS/EUA 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					
RSV		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

