

Vaccine Usage Aggregate Report

Massachusetts Department of Public Health

Site No	Site Name	Contact Person
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date Submitted	Phone Number	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	

58918



	AGE GROUP (YEARS)									Total	Doses +Reason Lost	
	<1	1	2-5	6-12	13-18	19-29	30-49	50-64	65+			
Hep B Pedi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hep B Adult						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
DTaP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							<input type="text"/>	<input type="text"/>
IPV	<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"/>
Pediarix	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hib	<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"/>
PCV7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rotavirus (VFC Only)	<input type="text"/>										<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hep A Pedi		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						<input type="text"/>	<input type="text"/>
Hep A Adult						<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
MMR		<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"/>
DT	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							<input type="text"/>	<input type="text"/>
MCV4 (VFC Only)				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tdap				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
HPV (VFC Only)				<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				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
PPV23			<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"/>

*Please indicate the reason for vaccine doses lost or expired by using one of the following four codes:

- A. Spoilage/damage due to break in cold chain or refrigeration
- B. Damaged/Contaminated vials

- C. Discarding of remaining doses in opened multi-dose vials
- D. Expiration before use