

## FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE IMUNOBIOLOGÍCOS SOB SUSPEITA

### 1. Nome do Estabelecimento de Saúde Solicitante:

Endereço:

Município:

Distrito:

Telefone:

Nº CNES:

E-mail:

Data da Solicitação:

### 2. Instância da Ocorrência

- Local (sala de vacina)
- Municipal (Central)
- Regional (Central)
- Estadual (Central)

### 3. Tipo de Equipamento de Refrigeração

- Refrigerador doméstico
- Câmara Refrigerada
- Caixa Térmica
- Câmara Fria (Rede de Frio)
- Outros: \_\_\_\_\_

### 4. Tipos de aferidores existentes no local da ocorrência

- Termógrafo
- Termômetro linear
- Termômetro de momento, máxima e mínima digital
- Termômetro de momento, máxima e mínima analógico
- Outros: \_\_\_\_\_

### 5. Motivo da Ocorrência

Data da Ocorrência: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

- Falha do Equipamento
- Equipamento desligado
- Equipamento com porta aberta
- Procedimento inadequado
- Tomada com defeito
- Vandalismo
- Falha de energia
- Falha no transporte
- Outros: \_\_\_\_\_

**Casos de FALTA DE ENERGIA deverá ser anexado relatório da CEMIG e em casos de Vandalismo deverá ser anexado o Boletim de Ocorrência.**



## 6. Dados da temperatura no momento em que foi detectada a falha no equipamento

Máx. \_\_\_\_°C Min. \_\_\_\_°C Momento \_\_\_\_°C Data: \_\_/\_\_/\_\_ às \_\_:\_\_h

O último dia em que se verificou temperatura ideal foi \_\_/\_\_/\_\_, às \_\_:\_\_h, quando a mínima era de \_\_\_\_°C, e a máxima de \_\_\_\_°C e no momento \_\_\_\_°C.

Não há possibilidade de precisar o tempo

O período de alteração foi de ( ) exatamente ( ) aproximadamente das \_\_:\_\_h, do dia \_\_/\_\_/\_\_, às \_\_:\_\_h do dia \_\_/\_\_/\_\_.

A vacina retornou à temperatura ideal às \_\_:\_\_h, do dia \_\_/\_\_/\_\_.

## 7. O produto já sofreu outras alterações de temperaturas anteriores fora da faixa ideal recomendada?

Sim

Não

Caso a resposta seja "SIM", especifique:

Data: \_\_/\_\_/\_\_

T. Máx. \_\_\_\_°C

T. Mín. \_\_\_\_°C

T. Momento \_\_\_\_°C

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_

T. Máx. \_\_\_\_°C

T. Mín. \_\_\_\_°C

T. Momento \_\_\_\_°C

Por quanto tempo? \_\_\_\_\_

## 8. Descrição do acidente e providências tomadas em relação às vacinas, equipamentos e outros

**OBS: Anexar cópia dos três últimos MAPAS DE TEMPERATURA (inclusive em que ocorreu a variação) e documento de recebimento da empresa transportadora, caso o problema tenha sido no percurso CENADI-estado.**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida General David Sarnoff, 3113 | Cidade Industrial | Contagem - MG | 32210-110

CENTRAL MUNICIPAL DE REDE DE FRIO

(31) 3364-4702/3393-6780 | vacina@contagem.mg.gov.br

Atualizado em: 29/09/2022



## 9. Identificação dos Imunobiológicos que sofreram alterações

EQUIPAMENTO:

### COORDENAÇÃO DE IMUNIZAÇÃO

Imunobiológico	Apresentação	Nº de <u>frascos</u> <u>fechados</u>	Validade	Lote	Laboratório	Data recebimento

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Avenida General David Sarnoff, 3113 | Cidade Industrial | Contagem - MG | 32210-110

CENTRAL MUNICIPAL DE REDE DE FRIO

(31) 3364-4702/3393-6780 | vacina@contagem.mg.gov.br

Atualizado em: 29/09/2022




**RESPONSÁVEL PELA UNIDADE**

\_\_\_\_\_  
Responsável pela Unidade de Saúde  
(por extenso)

\_\_\_\_\_  
Responsável pela Sala de Vacina  
(por extenso)

**Observação:**  
Após a limpeza dos equipamentos de refrigeração, os termômetros deverão ser RESETADOS e monitorados por um período mínimo de 2 horas, até a estabilização da temperatura em + 2°C a + 8° C. Quando resetamos um termômetro, todas as temperaturas, máxima, mínima e momento, se igualam.