

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE IMUNOBIOLOGICOS SOB SUSPEITA

1 - Instituição solicitante:

Endereço:

Município: _____ GRS: _____

Telefone () _____ FAX: () _____

e-mail: _____

Data da Solicitação: ____/____/____

2 - A Ocorrência foi em instância:

() Local () Municipal () Regional () Estadual

3 Tipos de aferidores existentes no local da ocorrência:

() Termógrafo

() Termômetro de momento, máxima e mínima digital

() Termômetro de momento, máxima e mínima analógico

() Termômetro linear

() Outros qual (is):-----

4 - Histórico da ocorrência:

5 - Providências tomadas em relação às vacinas, equipamentos e outras:

6 - Houve alteração de temperatura:

Sim () Não ()

7 - O último dia em que se verificou temperatura ideal foi ____/____/____, às ____:____h, quando a mínima era de _____°C, a máxima de _____°C e no momento _____°C. 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 ____/____/____.

8 - Dados do momento em que foi detectado a falha no equipamento e outros momentos observados:

Temp. Máx. _____ °C	Temp. Máx. _____ °C	Temp. Máx. _____ °C
Temp. Mín. _____ °C	Temp. Mín. _____ °C	Temp. Mín. _____ °C
T. Momento _____ °C	T. Momento _____ °C	T. Momento _____ °C
Em: ____/____/____	Em: ____/____/____	Em: ____/____/____
às: _____:_____ h	às: _____:_____ h	às: _____:_____ h

9 - O produto já sofreu outras alterações de temperaturas anteriores fora da faixa ideal recomendada?

SIM

NÃO

Caso a resposta seja "SIM", especifique:

Temp. Máx. _____ °C	Temp. Máx. _____ °C	Temp. Máx. _____ °C
Temp. Mín. _____ °C	Temp. Mín. _____ °C	Temp. Mín. _____ °C
T. Momento _____ °C	T. Momento _____ °C	T. Momento _____ °C
Em: ____/____/____	Em: ____/____/____	Em: ____/____/____
às: _____:_____ h	às: _____:_____ h	às: _____:_____ h

10 - Observações:

11 - Identificação do(s) imunobiológico(s) que sofreu(ram) alteração(ões)

Imunobiológico e apresentação	Data do recebimento	Laboratório	Lote	Validade	Nº de doses

Obs: Fineza anexar cópia do mapa da geladeira que ocorreu a alteração e do documento de recebimento da empresa transportadora, caso o problema tenha sido no percurso cenadi-estado.

Assinatura do Responsável da unidade

Assinatura do Secretário Municipal

Assinatura do Responsável na GRS