



## GOVERNO DO ESTADO RIO GRANDE DO SUL

SECRETARIA DA SAÚDE  
CENTRO ESTADUAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE  
DIVISÃO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

### INSTRUÇÃO PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO IMUNOBIOLOGICOS SOB SUSPEITA

#### DADOS IDENTIFICAÇÃO

CRS: **1ª CRS**

Município: **Porto Alegre**

Nome do local de ocorrência (UBS/ESF): **Nome da unidade**

Fone: ( ) **Telefone da unidade**

E-mail: **e-mail da unidade**

Responsável pela notificação: **nome de quem preencheu a notificação**

#### IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL QUE OCORREU A PERDA

Rede de Frio Municipal ( )

Rede de Frio Regional ( )

Unidade: Qual? **Nome da unidade**

#### IDENTIFICAÇÃO DO TIPO DE INTERCORRÊNCIA

Falha de energia ( ) **Marcar se o problema foi falta de energia elétrica**

Procedimento inadequado ( ) Especifique: **Marcar se as vacinas foram esquecidas na caixa térmica ou em outro local não refrigerado**

Falha do equipamento ( ) Especifique: **Marcar se o problema foi por mau funcionamento da câmara**

Falha no transporte ( ) Especifique: **Marcar se o problema foi falta de cuidado durante o transporte**

DATA INTERCORRÊNCIA: **data que ocorreu a alteração de temperatura**

HISTÓRICO DA INTERCORRÊNCIA - **Descrever a situação, como, quando, por que:**

#### PROVIDÊNCIAS TOMADAS:

( ) Comunicado CRS; **Não precisa marcar**

( ) Imunobiológicos separados e armazenados em condições ideais; **Marcar este e seguir esta conduta IMEDIATAMENTE ao identificar que os imunos sofreram excursão de temperatura**

( ) Outras; Descreva: **Comunicado Coordenadoria de Saúde e Núcleo de Imunizações**

**TIPO DE TERMÔMETRO EXISTENTE NO LOCAL DE OCORRÊNCIA:**

Termômetro a laser ( )

Termômetro de Máxima e Mínima ( ) **Marcar este se o problema foi na câmara ou se o termômetro da caixa mostra a máxima e a mínima**

Termômetro Linear (verifica temperatura do momento) ( ) **Marcar este se o problema foi na caixa e o termômetro não mostra máxima e mínima**

**TIPO DE REFRIGERADOR EXISTENTE NO LOCAL DE OCORRÊNCIA:**

Geladeira doméstica: sem congelador ( ) com congelador ( )

Geladeira especial para vacinas ( )

Geladeira Comercial (4 portas) – CRS ( )

Câmara fria ( ) **Marcar este, não usamos geladeiras nas unidades de Porto Alegre**

Outro ( )

**MODELO DO EQUIPAMENTO:** **marca da câmara (Elber, Indrel, Biotecno, Nova Instruments ou outra)**

**A SALA ESTAVA CLIMATIZADA NO MOMENTO DA ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA:** ( ) Sim **(ar condicionado estava ligado)** ( ) Não **(ar condicionado não estava ligado)**

**OS PRODUTOS JÁ HAVIAM SOFRIDO ALTERAÇÃO DE TEMPERATURA:**

( ) Não **Marcar se as vacinas nunca sofreram alteração de temperatura. Se marcar esta opção, NÃO preencher os itens a, b e c.**

( ) Sim **Marcar se as vacinas sofreram alteração de temperatura anteriormente. Se marcar esta opção, PREENCHER os itens a, b e c de acordo com o formulário de ISS da ocasião.**

a)Data que sofreram alteração de temperatura (anteriormente): **data da exposição à temperaturas inadequadas em outro momento**

b)Por quanto tempo ficaram expostos a temperatura alterada (mesmo aproximadamente)? **Tempo da excursão de temperatura ocorrida anteriormente em minutos, horas ou dias**

c)Dados da alteração de temperatura: Mínima: \_\_\_\_\_ Máxima: \_\_\_\_\_ **Mínima e máxima da excursão de temperatura anterior**

**AVALIACÃO:**

**Dados do último dia em que se verificou a temperatura ideal:** **Estes dados podem ser retirados do relatório da câmara para avaliação mais fidedigna do período da ocorrência**

Data: Hora: **data e hora do último registro de temperaturas entre 2 e 8°C**

Temperatura: Máxima: Momento (atual): Mínima: **Temperaturas máxima, mínima e atual (todas devem estar adequadas, entre 2 e 8°C)**

**Dados do momento em que se verificou a alteração de temperatura:**

Data: Hora: **Data e horário do início da alteração de temperatura abaixo de 2°C ou acima de 8°C, de acordo com o relatório da câmara. Se o relatório não estiver disponível, utilizar as temperaturas verificadas no momento da identificação da excursão de temperatura.**

Temperatura: Máxima: Momento (atual): Mínima: **Temperaturas máxima, mínima e atual que demonstram a excursão de temperatura.**

- ❖ OS IMUNOBiolÓGICOS QUE SOFRERAM ALTERAÇÃO DE TEMPERATURA DEVEM SER MANTIDOS EM CONDIÇÕES IDEAIS ATÉ QUE SEJA AVALIADA A SITUAÇÃO**  
**❖ IDENTIFICAÇÃO DOS IMUNOBiolÓGICOS SOB SUSPEITA**

| Imunobiológico     | Laboratório                        | Lote                 | Validade             | Data de descongelamento<br>PFIZER/MODERNA/C<br>OVID/MPOX | Nº Doses                                                | Aspecto Físico*<br>(conforme legenda)**      |
|--------------------|------------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Qual vacina</b> | <b>Laboratório conforme a nota</b> | <b>Lote completo</b> | <b>Data completa</b> | <b>Conforme cada vacina Covid</b>                        | <b>Total de DOSES</b>                                   | <b>Somente se temperaturas abaixo de 2°C</b> |
|                    |                                    |                      |                      |                                                          | <b>Frascos multidoses abertos devem ser desprezados</b> |                                              |
|                    |                                    |                      |                      |                                                          |                                                         |                                              |
|                    |                                    |                      |                      |                                                          |                                                         |                                              |
|                    |                                    |                      |                      |                                                          |                                                         |                                              |
|                    |                                    |                      |                      |                                                          |                                                         |                                              |
|                    |                                    |                      |                      |                                                          |                                                         |                                              |
|                    |                                    |                      |                      |                                                          |                                                         |                                              |
|                    |                                    |                      |                      |                                                          |                                                         |                                              |
|                    |                                    |                      |                      |                                                          |                                                         |                                              |
|                    |                                    |                      |                      |                                                          |                                                         |                                              |
|                    |                                    |                      |                      |                                                          |                                                         |                                              |
|                    |                                    |                      |                      |                                                          |                                                         |                                              |
|                    |                                    |                      |                      |                                                          |                                                         |                                              |

\* A inspeção visual para verificação do aspecto físico deve ser realizada nas situações em que o imunobiológico for submetido a temperaturas entre 0 e 2°C.

\*\* Aspecto físico – Legenda: 1- Presença de grumos; 2- Alteração de cor ; 3- Presença de Cristais; 4- Outros (descrever)

\*\*\* Descrever se o frasco foi aberto.