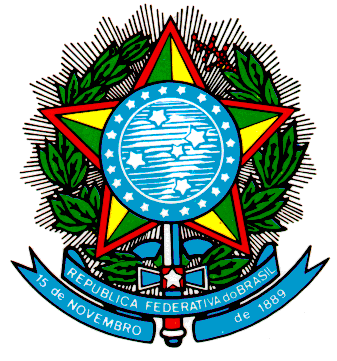
****

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS**

**Coordenação-Geral do Programa Nacional de Imunizações**

**SCS, Quadra 04, Edifício Principal, 2º andar – CEP: 70.304-000**

**Brasília/DF, CEP: 70.304-000**

***Tel. (061) 3213-8297***

**Formulário de Registro de Ocorrência em Imunobiológico (s)**

**Dados gerais:**

Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data da ocorrência:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A ocorrência foi em que instância:

( ) Central Municipal. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Central Regional. Qual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) Central Estadual ( ) Outra. Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsável pelo registro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefone de contato: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Parte 2 - Perdas**

|  |
| --- |
| **Tipo de perda:**  **2.1. Perda Técnica - Considerada perda justificável:**  ( ) Após abertura do frasco (vencimento do tempo de utilização do imunobiológico, número de doses aspiradas inferior ao esperado)   * 1. **Perda Física - Considerada perda evitável:**   ( ) Quebra dos frascos  ( ) Transporte  ( ) Falta de energia  ( ) Falha no equipamento  ( ) Vencimento do prazo de validade  ( ) Erro de procedimento  ( ) Desvio de qualidade: Preencher parte 1 (itens 1.1 e 1.2)  ( ) Outro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

* 1. **Conduta adotada frente à ocorrência**

|  |
| --- |
| ( ) Bloqueio no sistema para utilização ( ) Descarte dos imunobiológicos |

* 1. **Identificação do(s) imunobiológico(s) descartado(s)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do  imunobiológico | Laboratório produtor | Número  do lote | Data do  recebimento | Prazo de  validade | Apresentação | Quantidade  de frascos | Quantidade  de doses | \*FF (preencher conforme legenda abaixo) |
|  |  |  |  |  | ( ) unidose  ( ) multidose |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ( ) unidose  ( ) multidose |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ( ) unidose  ( ) multidose |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ( ) unidose  ( ) multidose |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ( ) unidose  ( ) multidose |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ( ) unidose  ( ) multidose |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ( ) unidose  ( ) multidose |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ( ) unidose  ( ) multidose |  |  |  |
|  |  |  |  |  | ( ) unidose  ( ) multidose |  |  |  |

**\*FF = Forma Farmacêutica:** a) Pó liofilizado injetável + suspensão injetável; b) Suspensão injetável; c) Pó liofilizado + diluente; d) Solução injetável; e) Outro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. **Informações complementares**
  2. **Descarte realizado:**

|  |
| --- |
| ( ) Sim  ( ) Não. Justifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

***Favor manter os imunobiológicos armazenados nas condições recomendadas na Rede de Frio***