****

**SUPERVISÃO DO PROGRAMA MUNICIPAL**

**DE IMUNIZAÇÕES**

**MUNICÍPIO:**

****

**MINISTÉRIO DA SAÚDE**

**SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**COORDENAÇÃO GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO**

**GERÊNCIA ESTRATÉGICA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

**COORDENAÇÃO ESTADUAL DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES**

 **INSTRUMENTO DE SUPERVISÃO EM SALA DE VACINAÇÃO/REDE DE FRIO**

**I – IDENTIFICAÇÃO**

Data da Supervisão:

* Município:
* População estimada: habitantes
* Nome do Estabelecimento supervisionado:
* Área urbana ( ) Área Rural ( )
* Nome do RT em Imunizações municipal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nome do Diretor da US:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nome da Chefia de Enfermagem:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Nome do (a) Secretário (a) Municipal de Saúde:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Endereço:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Cobertura PACS: (\_\_\_\_\_%) PSF: (\_\_\_\_\_%)
* Regional de Saúde a que pertence:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Horário de funcionamento da US:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Horário de funcionamento da sala de sala de vacina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Profissionais que atuam na Sala de Vacinação e Responsável Técnico:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Categoria profissional | Capacitações |
|  |  | Sala de vacina | BCG | Rede de frio | EAPV |
|  |  | S | ANO\* | N | S | ANO\* | N | S | ANO\* | N | S | ANO\* | N |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

S= sim N=Não \*Registrar o ano da última capacitação

**II – ASPECTOS GERAIS DA SALA DE VACINAÇÃO**

1. A sala de vacinação funciona no mesmo horário da Unidade de Saúde?

SIM ( ) NÃO ( )

1. Todas as vacinas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) são administradas durante todo o período de funcionamento da Sala de Vacinação?

 SIM ( ) NÃO ( )

b.1- Se NÃO, quais e em que horário são aplicadas:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **VACINAS** | **PERÍODO DA APLICAÇÃO (manhã, tarde, número de vezes por semana, quinzenal, mensal)** | **MOTIVO** |
| BCG |  |  |
| Hepatite B |  |  |
| Pólio oral  |  |  |
| Pólio Inativada |  |  |
| Rotavírus |  |  |
| Pneumocócoca 10V |  |  |
| Pentavalente |  |  |
| Menigocócoca C |  |  |
| Tríplice Viral |  |  |
| Tetra viral |  |  |
| DTP |  |  |
| HPV |  |  |
| Dupla Adulto (dT) |  |  |
| **Febre Amarela** |  |  |
| Outros: |  |  |

1. A sala de vacinação é exclusiva para aplicação de vacinas?

SIM ( ) NÃO ( )

1. Caso não seja exclusiva, qual outra atividade?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. É de fácil acesso à população?

SIM ( ) NÃO ( )

1. Está devidamente identificada?

SIM ( ) NÃO ( )

1. A área física da Sala de Vacinação atende às normas preconizadas pelo PNI?
	* Tamanho mínimo de 6 m²

SIM ( ) NÃO ( )

* + Parede de cor clara, material liso, impermeável e de fácil higienização?

SIM ( ) NÃO ( )

* + Piso resistente, impermeável, antiderrapante e de fácil higienização?

SIM ( ) NÃO ( )

1. A área dispõe de:
	* Pia com torneira e bancada de fácil higienização?

 SIM ( ) NÃO ( )

* Proteção adequada contra a luz solar direta?

SIM ( ) NÃO ( )

* Iluminação e arejamento adequado?

SIM ( ) NÃO ( )

1. A Sala de Vacinação está em condições ideais de conservação?

SIM ( ) NÃO ( )

1. A Sala de Vacinação está em condições ideais de limpeza?

SIM ( ) NÃO ( )

1. A limpeza geral (paredes, teto, etc) é feita no mínimo a cada quinze dias?

SIM ( ) Não ( )

1. A temperatura ambiente da sala é mantida entre 18ºC a 20ºC com aparelho condicionador de ar?

SIM ( ) NÃO ( )

1. Tem objeto de decoração (cartazes, papéis, vasos, etc)?

SIM ( ) NÃO ( )

1. O mobiliário da sala de vacinação apresenta boa distribuição funcional?

SIM ( ) NÃO ( )

1. Apresenta organização dos impressos e materiais de expediente?

SIM ( ) NÃO ( )

1. As seringas e agulhas de uso diário estão acondicionadas em recipientes plásticos com tampa ou em local coberto, como gavetas?

SIM ( ) NÃO ( )

1. As seringas e agulhas de estoque estão acondicionadas em embalagens fechadas e em local sem umidade?

SIM ( ) NÃO ( )

1. Tem mesa de exame clínico ou similar para a aplicação de vacina?

SIM ( ) NÃO ( )

1. A mesa de exame possui colchonete ou similar revestido de material impermeável e protegido com material descartável?

SIM ( ) NÃO ( )

**III - PROCEDIMENTOS TÉCNICOS**

1. Indicação da vacina:
	* Verifica a idade e intervalo entre doses?

 SIM ( ) NÃO ( )

* + Investiga a ocorrência de EAPV à dose anterior

 SIM ( ) NÃO ( )

* + Observa situações em que o adiamento temporário da vacinação está indicado e contra indicações?

 SIM ( ) NÃO ( )

* + Orienta sobre a vacina a ser administrada?

 SIM ( ) NÃO ( )

* + Orienta o registro do aprazamento?

 SIM ( ) NÃO ( )

1. Observa o prazo de validade da vacina?

 SIM ( ) NÃO ( )

1. O preparo da vacina está:
* Correto ( )
* Incorreto ( )
* Não observado ( )
1. Registra data e hora de abertura do frasco de vacina?

 SIM ( ) NÃO ( )

1. Observa o prazo de validade após a abertura do frasco?

 SIM ( ) NÃO ( )

1. A técnica de administração da vacina está:
* Correta ( )
* Incorreta ( )
* Não observada ( )
1. A via e local de aplicação da vacina estão corretos?

 SIM ( ) NÃO ( )

1. Faz o acondicionamento de materiais pérfurocortantes conforme as normas de biossegurança?

 SIM ( ) NÃO ( )

1. Faz uso de caixa coletora de material pérfurocortante?

 SIM ( ) NÃO ( )

10. Caso negativo, de que forma é realizado o acondicionamento?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Faz o tratamento das vacinas com micro-organismos vivos antes do

 descarte?

 SIM ( ) NÃO ( )

* De que maneira é realizado o tratamento?

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 12. O quantitativo de vacinas é suficiente para atender a demanda?

 SIM ( ) NÃO ( )

 13. Há estoque excessivo de vacinas na unidade?

 SIM ( ) NÃO ( )

 14. O quantitativo de seringas e agulhas é suficiente para atender a

 demanda?

 SIM ( ) NÃO( )

 15. Há estoque excessivo de seringas e agulhas na US?

 SIM ( ) NÃO ( )

 16. Observa o prazo de validade das seringas e agulhas?

 SIM ( ) NÃO ( )

 17. Acondiciona separadamente os vários tipos de lixo?

 SIM ( ) NÃO ( )

 22. Destino final do lixo da sala de vacinação:

 Incinerado ( ) Coleta comum ( )

 Coleta para aterro ( ) Queimado ( )

 Coleta seletiva ( ) Céu aberto ( )

 Enterrado ( )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**IV – REDE DE FRIO**

1. A tomada elétrica é de uso exclusivo para cada equipamento?

SIM ( ) NÃO ( )

1.1. A (s) tomada (s) está (ão) a uma altura de pelo menos 1,30 m do piso?

SIM ( ) NÃO ( )

1. O refrigerador é de uso exclusivo para imunobiológicos?

SIM ( ) NÃO ( )

1. A capacidade do refrigerador é igual ou superior a 280 litros?

SIM ( ) NÃO ( )

1. Qual o tipo de refrigerador utilizado?
* Refrigerador doméstico ( )
* Câmara de refrigeração ( ) capacidade\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possui bateria: SIM ( ) NÃO ( )

1. O refrigerador está em bom estado de conservação?

SIM ( ) NÃO ( )

 5.1 – Está em estado ideal de funcionamento?

 SIM ( ) NÃO ( )

 5.2 – Está em estado ideal de limpeza?

 SIM ( ) NÃO ( )

1. O refrigerador está distante de:
	* Fonte de calor SIM ( ) NÃO ( )
	* Incidência de luz solar direta SIM ( ) NÃO ( )
	* 15 cm da parede SIM ( ) NÃO ( )
	* 15 cm de outro equipamento SIM ( ) NÃO ( )
2. Existe termômetro de Máxima e Mínima funcionando no centro do refrigerador?

SIM ( ) NÃO ( )

7.1 Que tipo de termômetro?

Analógico tipo capela ( ) Digital ( ) Ambos ( )

1. O vacinador lê e registra corretamente a temperatura?

SIM ( ) NÃO ( )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. No evaporador da geladeira doméstica são mantidas bobinas de gelo reutilizável na quantidade recomendada?

SIM ( ) NÃO ( )

 10. O refrigerador doméstico tem bandeja coletora de água?

SIM ( ) Não ( )

 11. No refrigerador doméstico:

* A 1ª prateleira é mantida vazia?

SIM ( ) NÃO ( )

* Na 2ª prateleira são armazenadas em bandejas, vacinas de componentes virais e seus diluentes?

SIM ( ) NÃO ( )

* Na 3ª prateleira são armazenados em bandejas, vacinas de componentes bacterianos e seus diluentes, soros e imunoglobulinas?

SIM ( ) NÃO ( )

 12. Os imunobiológicos estão organizados por tipo, lote e validade?

 SIM ( ) NÃO ( )

13. É mantida distância ente os imunobiológicos a fim de permitir a

 circulação do ar?

 SIM ( ) NÃO ( )

 14. É mantida a gaveta de legumes e seu espaço preenchido com

 garrafas de água (de 1 litro) com corante?

 SIM ( ) NÃO ( )

 15. Existe material no painel interno da porta do refrigerador?

 SIM ( ) NÃO ( )

16. Faz a leitura e o registro correto das temperaturas no início e no fim

 da jornada de trabalho?

 SIM ( ) Não ( )

 17. O mapa de controle diário de temperatura está afixado em local

 visível?

 SIM ( ) NÃO ( )

 18. O degelo e a limpeza do refrigerador são realizados a cada 15 dias

 ou quando a camada de gelo no evaporador atingir 1 cm?

 SIM ( ) NÃO ( )

 19. Descreve os procedimentos para degelo e limpeza do refrigerador de forma correta?

 SIM ( ) NÃO ( )

19.1. Realiza registro da limpeza/ degelo do refrigerador?

SIM ( ) NÃO ( )

20. Existe freezer para o congelamento das bobinas reutilizáveis?

 SIM ( ) NÂO ( )

 21. Existe um programa de manutenção para os equipamentos da sala

 de vacina?

SIM ( ) NÃO ( )

20.1. Corretiva ( ) Preventiva ( ) Ambos ( )

22. O serviço dispõe de insumos em número suficiente para atender as

 atividades de rotina?

* Caixa térmica de poliuretano com capacidade mínima de 12 litros? SIM ( ) NÃO ( )­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Bobinas de gelo reutilizável?

SIM ( ) NÃO ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Termômetro de máxima e mínima com cabo extensor?

 SIM ( ) NÃO ( ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Fita PVC para vedação das caixas de transporte?

 SIM ( ) NÃO ( )

23. Na organização das caixas térmicas é feita a ambientação das

 bobinas de gelo reutilizável?

 SIM ( ) NÃO ( )

24. Faz o monitoramento da temperatura da (s) caixa (s) térmica (s) de

 uso diário com termômetro?

 SIM ( ) NÃO ( )

 24.1: Tipo de termômetro

* Analógico máxima e mínima cabo extensor ( )
* Digital máxima e mínima cabo extensor ( )
* Linear ( )

25. As vacinas estão organizadas corretamente dentro da(s) caixa(s) de

 uso diário com termômetro?

 SIM ( ) NÃO ( )

26. As caixas térmicas estão em perfeito estado de conservação?

 SIM ( ) NÃO ( )

27. Quando por qualquer motivo os imunobiológicos forem submetidos a

 temperaturas não recomendadas:

* É comunicado imediatamente à instância hierarquicamente superior?

 SIM ( ) NÃO ( )

* É preenchido o formulário de avaliação de imunobiológicos sob suspeita e enviado à instância hierarquicamente superior?

 SIM ( ) NÃO ( )

28. As vacinas sob suspeita são mantidas em temperatura de +2ºC a +8ºC (preferencialmente em +5ºC) até o pronunciamento da instância superior?

 SIM ( ) NÃO ( )

29. Há indicação na caixa de distribuição elétrica para ***não desligar*** o

 disjuntor da sala de vacinação?

 SIM ( ) NÃO ( )

 30. Dispõe de cronograma para entrega de imunobiológicos a nível local?

 SIM ( ) NÃO ( )

30.1. Frequência de distribuição:

Mensal ( ) Quinzenal ( ) Semanal ( ) Outros ( )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

30.2. Critério utilizado para a dispensação dos imunobiológicos:

( ) Avaliação de estoque do mês anterior\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Quantitativo solicitado pelo serviço (US, PA, Hospital)

( ) Cota estabelecida conforme análise de doses aplicadas x população estimada.

30.3. Dispõe de carro climatizado para a entrega dos imunobiológicos?

SIM ( ) NÃO ( )

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**V – EVENTOS ADVERSOS PÓS –VACINAÇÃO**

* + 1. Tem conhecimento da ocorrência de eventos adversos associados às vacinas?

 SIM ( ) NÃO ( )

* + 1. Identifica os eventos adversos que devem ser encaminhados para avaliação médica?

SIM ( ) NÃO ( )

* + 1. Notifica os eventos adversos pós – vacinação?

SIM ( ) NÃO ( )

* Se SIM, investiga?

 SIM ( ) NÃO ( )

**VI – IMUNOBIOLÓGICOS ESPECIAIS**

1. Tem conhecimento da existência do CRIE?

 SIM ( ) NÃO ( )

2. Tem conhecimento dos imunobiológicos disponíveis no CRIE?

 SIM ( ) NÃO ( )

3. Conhece as indicações desses imunobiológicos?

SIM ( ) NÃO ( )

* + 1. Conhece o fluxo para solicitação destes imunobiológicos?

SIM ( ) NÃO ( )

**VII – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA**

1. Tem conhecimento da ocorrência de casos de Doenças Imunopreveníveis na sua área de abrangência?

SIM ( ) NÃO ( )

1. Analisa a incidência das doenças imunopreveníveis x cobertura vacinal?

SIM ( ) NÃO ( )

1. Participa da vacinação de bloqueio quando indicado?

 SIM ( ) NÃO ( )

**VIII – EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

1. Participa em parcerias com diversos segmentos sociais para divulgação das ações de imunizações?

SIM ( ) NÃO ( )

1. Participa de parcerias com os programas existentes na US?

SIM ( ) NÃO ( )

1. Participa de eventos diversos com a finalidade de divulgar as ações do Programa de Imunizações?

SIM ( ) NÃO ( )

**IX – CONSIDERAÇÕES FINAIS**

1. Problemas identificados:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Recomendações:

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. Análise da situação encontrada na (s) salas (s) de vacina supervisionada (s) e do programa municipal de imunizações:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA DO RELATÓRIO: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME DO(S) SUPERVISOR (ES): ASSINATURA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME DO SUPERVISIONADO ASSINATURA