



Modelos de formulários para monitoramento das atividades desenvolvidas na sala de vacina

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO Secretaria da Saúde 	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES
LIMPEZA CONCORRENTE (DIÁRIA) DA SALA DE VACINA	
MUNICÍPIO:	
UNIDADE DE SAÚDE:	
MÊS/ANO:	

DIA	TURNO	HORÁRIO	RESPONSÁVEL	DIA	TURNO	HORÁRIO	RESPONSÁVEL
1	Manhã			17	Manhã		
	Tarde				Tarde		
2	Manhã			18	Manhã		
	Tarde				Tarde		
3	Manhã			19	Manhã		
	Tarde				Tarde		
4	Manhã			20	Manhã		
	Tarde				Tarde		
5	Manhã			21	Manhã		
	Tarde				Tarde		
6	Manhã			22	Manhã		
	Tarde				Tarde		
7	Manhã			23	Manhã		
	Tarde				Tarde		
8	Manhã			24	Manhã		
	Tarde				Tarde		
9	Manhã			25	Manhã		
	Tarde				Tarde		
10	Manhã			26	Manhã		
	Tarde				Tarde		
11	Manhã			27	Manhã		
	Tarde				Tarde		
12	Manhã			28	Manhã		
	Tarde				Tarde		
13	Manhã			29	Manhã		
	Tarde				Tarde		
14	Manhã			30	Manhã		
	Tarde				Tarde		
15	Manhã			31	Manhã		
	Tarde				Tarde		
16	Manhã				Manhã		
	Tarde				Tarde		

NOTA: A **limpeza concorrente** da sala de vacina deverá ser realizada **2 vezes ao dia**, pela manhã e à tarde, ou sempre que necessário. Estão incluídas a limpeza de todas as superfícies horizontais, mobiliários, equipamentos, portas, maçanetas, parapeito de janelas e piso, conforme descrito no Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação (Anvisa, 2024).

Enfermeiro (a) responsável sala de vacina

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO Secretaria da Saúde 	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES
LIMPEZA TERMINAL (QUINZENAL) DA SALA DE VACINA	
MUNICÍPIO:	
UNIDADE DE SAÚDE:	
ANO:	

MÊS	DATA	HORÁRIO		RESPONSÁVEL	OBSERVAÇÕES
		INÍCIO	TÉRMINO		
JANEIRO					
FEVEREIRO					
MARÇO					
ABRIL					
MAIO					
JUNHO					
JULHO					
AGOSTO					
SETEMBRO					
OUTUBRO					
NOVEMBRO					
DEZEMBRO					

NOTA: A **limpeza terminal** da sala de vacina deverá ser realizada a **cada 15 dias**, e deve contemplar a limpeza de teto, parede, piso, janelas e todas as superfícies, conforme descrito no Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação (Anvisa, 2024).

Enfermeiro (a) responsável sala de vacina

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO Secretaria da Saúde 	SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES
LIMPEZA DA CÂMARA REFRIGERADA DE VACINA E REALIZAÇÃO DO TESTE DE BATERIA	
MUNICÍPIO:	
UNIDADE DE SAÚDE:	
ANO:	Nº PATRIMONIO:

MÊS	DATA	LIMPEZA DA CÂMARA		TESTE DE BATERIA		RESPONSÁVEL
		INÍCIO	TÉRMINO	INÍCIO	TÉRMINO	
JANEIRO						
FEVEREIRO						
MARÇO						
ABRIL						
MAIO						
JUNHO						
JULHO						
AGOSTO						
SETEMBRO						
OUTUBRO						
NOVEMBRO						
DEZEMBRO						

NOTA: A limpeza da câmara refrigerada de vacina e o teste de bateria devem ser realizados, mensalmente ou sempre que necessário, no início da semana, preferencialmente quando o estoque de vacinas estiver reduzido. Para a limpeza da parte interna do equipamento, seguir as recomendações do fabricante, conforme descrito no Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação (Anvisa, 2024).

Enfermeiro (a) responsável sala de vacina

GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO <i>Secretaria da Saúde</i> 		SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES	
LIMPEZA DO FREEZER			
MUNICÍPIO:			
UNIDADE DE SAÚDE:			
ANO:		Nº PATRIMONIO:	

MÊS	DATA	HORÁRIO		RESPONSÁVEL	OBSERVAÇÕES
		INÍCIO	TÉRMINO		
JANEIRO					
FEVEREIRO					
MARÇO					
ABRIL					
MAIO					
JUNHO					
JULHO					
AGOSTO					
SETEMBRO					
OUTUBRO					
NOVEMBRO					
DEZEMBRO					

NOTA: A **limpeza do freezer** da sala de vacina deverá ser realizada **mensalmente**, ou sempre que necessário quando a camada de gelo atingir 2cm de espessura.

Enfermeiro (a) responsável sala de vacina



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES

MAPA DE CONTROLE DE TEMPERATURA - CAIXA TÉRMICA

MUNICÍPIO:

UNIDADE DE SAÚDE:

MÊS/ANO:

Nº CAIXA:		DATA:		Nº CAIXA:		DATA:		Nº CAIXA:		DATA:	
Horário	Temperatura		Assinatura	Horário	Temperatura		Assinatura	Horário	Temperatura		Assinatura
07:00	Máx.			07:00	Máx.			07:00	Máx.		
	Min.				Min.				Min.		
	Mom.				Mom.				Mom.		
08:00	Máx.			08:00	Máx.			08:00	Máx.		
	Min.				Min.				Min.		
	Mom.				Mom.				Mom.		
09:00	Máx.			09:00	Máx.			09:00	Máx.		
	Min.				Min.				Min.		
	Mom.				Mom.				Mom.		
10:00	Máx.			10:00	Máx.			10:00	Máx.		
	Min.				Min.				Min.		
	Mom.				Mom.				Mom.		
11:00	Máx.			11:00	Máx.			11:00	Máx.		
	Min.				Min.				Min.		
	Mom.				Mom.				Mom.		
12:00	Máx.			12:00	Máx.			12:00	Máx.		
	Min.				Min.				Min.		
	Mom.				Mom.				Mom.		
13:00	Máx.			13:00	Máx.			13:00	Máx.		
	Min.				Min.				Min.		
	Mom.				Mom.				Mom.		
14:00	Máx.			14:00	Máx.			14:00	Máx.		
	Min.				Min.				Min.		
	Mom.				Mom.				Mom.		
15:00	Máx.			15:00	Máx.			15:00	Máx.		
	Min.				Min.				Min.		
	Mom.				Mom.				Mom.		
16:00	Máx.			16:00	Máx.			16:00	Máx.		
	Min.				Min.				Min.		
	Mom.				Mom.				Mom.		
17:00	Máx.			17:00	Máx.			17:00	Máx.		
	Min.				Min.				Min.		
	Mom.				Mom.				Mom.		

NOTA: Manter o controle da temperatura da caixa térmica utilizada na rotina, bem como nas ações extramuros durante todo o período de funcionamento. O registro das temperaturas deve ser realizado em intervalos de uma hora, para cada caixa de vacina.

Enfermeiro (a) responsável sala de vacina



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES

MAPA DE CONTROLE DE TEMPERATURA - CÂMARA REFRIGERADA DE VACINA

MUNICÍPIO/UF:						UNIDADE DE SAÚDE:						MÊS:		ANO:								
TIPO DE EQUIPAMENTO: () Câmara refrigerada () Geladeira						MARCA:				Nº PATRIMÔNIO:				OBSERVAÇÕES:								
Especificação da Temperatura						1	2	3	4	5	6	7	8					9	10	11	12	13
MANHÃ	Máxima																					
	Mínima																					
	Momento																					
	Responsável																					
TARDE	Máxima																					
	Mínima																					
	Momento																					
	Responsável																					
Especificação da Temperatura		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
MANHÃ	Máxima																					
	Mínima																					
	Momento																					
	Responsável																					
TARDE	Máxima																					
	Mínima																					
	Momento																					
	Responsável																					

Nota: Realizar a leitura e o registro das temperaturas de momento, máxima e mínima dos equipamentos de refrigeração nos mapas de controle diário de temperatura do(s) equipamento(s) de refrigeração, em seguida, reiniciar o termômetro, pressionando a tecla reset. Especificar no mapa os sábados, domingos e feriados e intercorrências com o equipamento no campo de observações. Arquivar os mapas de registros de temperaturas por um período mínimo de dois anos após seu preenchimento. Esse documento não deve conter rasuras. **Temperatura recomendada entre +2°C a +8°C**

Enfermeiro (a) responsável sala de vacina



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO
PROGRAMA ESTADUAL DE IMUNIZAÇÕES

MAPA DE CONTROLE DE TEMPERATURA - FREEZER
(armazenamento de bobinas)

MUNICÍPIO/UF:						UNIDADE DE SAÚDE:						MÊS:		ANO:								
TIPO DE EQUIPAMENTO: () Câmara refrigerada () Geladeira						MARCA:				Nº PATRIMÔNIO:				OBSERVAÇÕES:								
Especificação da Temperatura						1	2	3	4	5	6	7	8					9	10	11	12	13
MANHÃ	Máxima																					
	Mínima																					
	Momento																					
	Responsável																					
TARDE	Máxima																					
	Mínima																					
	Momento																					
	Responsável																					
Especificação da Temperatura		17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						
MANHÃ	Máxima																					
	Mínima																					
	Momento																					
	Responsável																					
TARDE	Máxima																					
	Mínima																					
	Momento																					
	Responsável																					

Nota: Realizar a leitura e o registro das temperaturas de momento, máxima e mínima dos equipamentos de refrigeração nos mapas de controle diário de temperatura do(s) equipamento(s) de refrigeração, em seguida, reiniciar o termômetro, pressionando a tecla reset. Especificar no mapa os sábados, domingos e feriados e intercorrências com o equipamento no campo de observações. Arquivar os mapas de registros de temperaturas por um período mínimo de dois anos após seu preenchimento. Esse documento não deve conter rasuras. **Temperatura recomendada entre -30°C a -15°C**

Enfermeiro (a) responsável sala de vacina

