



SUPERVISÃO DO PROGRAMA MUNICIPAL DE IMUNIZAÇÕES

MUNICÍPIO:

UNIDADE DE SAÚDE:

CÂMARA DE REFRIGERAÇÃO



**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: _____
- Responsável Técnico da sala: _____

Profissionais que atuam na Sala de Vacinação:

Nome completo	Categoria profissional	Capacitação em Normas e Procedimentos		Capacitação em SIPNI		Capacitação em BCG	
		SIM / NÃO	QUANDO	SIM / NÃO	QUANDO	SIM / NÃO	QUANDO

II – ASPECTOS GERAIS DA SALA DE VACINAÇÃO

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

VACINAS	PERÍODO DA APLICAÇÃO (manhã, tarde, n° de vezes semana/quinzenal/mensal)	MOTIVO
BCG		
Pólio oral		
Febre Amarela		
Tríplice Viral		
Tetra viral		
Outras:		

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

SIM NÃO

d. Caso não seja exclusiva, qual outra atividade?

e. É de fácil acesso à população?

SIM NÃO

f. Está devidamente identificada?

SIM NÃO

g. A área física da Sala de Vacinação atende às normas preconizadas pelo PNI?

- Tamanho mínimo de 9 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

h. 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

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

l. A temperatura ambiente da sala é mantida entre 18°C a 20°C com aparelho condicionador de ar?

SIM NÃO

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

SIM NÃO

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

SIM NÃO

- o. Apresenta organização dos impressos e materiais de expediente?
SIM NÃO
- p. As seringas e agulhas de **uso diário** estão acondicionadas em recipientes plásticos com tampa ou em local coberto, como gavetas?
SIM NÃO
- q. As seringas e agulhas de **estoque** estão acondicionadas em embalagens fechadas e em local sem umidade?
SIM NÃO
- r. O quantitativo de vacinas é suficiente para atender a demanda?
SIM NÃO
- s. Há estoque excessivo de vacinas na unidade?
SIM NÃO
- t. O quantitativo de seringas e agulhas é suficiente para atender a demanda?
SIM NÃO
- u. Há estoque excessivo de seringas e agulhas na US?
SIM NÃO
- v. Observa o prazo de validade das seringas e agulhas?
SIM NÃO
- w. Tem mesa de exame clínico ou similar para a aplicação de vacina?
SIM NÃO
- x. 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
- Questiona aos demais familiares presentes se estão com a vacina em dia (oportunidade)?
SIM NÃO

2. Observa o prazo de validade da vacina?
SIM NÃO

3. O preparo da vacina está:
 Correto
 Incorreto
 Não observado

4. Registra data e hora de abertura do frasco de vacina?
SIM NÃO

5. Observa o prazo de validade após a abertura do frasco?
SIM NÃO

6. A técnica de administração da vacina está:
 Correta
 Incorreta
 Não observada

7. A via e local de aplicação da vacina estão corretos?
SIM NÃO

IV- RESÍDUOS RESULTANTES DAS ATIVIDADES DE VACINAÇÃO

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

2. Faz uso de caixa coletora de material pérfurocortante?

SIM NÃO

- Caso negativo, de que forma é realizado o acondicionamento?

3. Faz o tratamento das vacinas com micro-organismos vivos antes do descarte?

SIM NÃO

- De que maneira é realizado o tratamento?

4. Acondiciona separadamente os vários tipos de lixo?

SIM NÃO

- Os depósitos possuem tampa e pedal para os lixos?

SIM NÃO

5. Destino final do lixo da sala de vacinação:

Incinerado

Coleta comum

Coleta para aterro

Queimado

Coleta seletiva

Céu aberto

Enterrado

V – 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

2. A câmara de refrigeração é de uso exclusivo para imunobiológicos?

SIM NÃO

3. Sistema de emergência em caso de falha do equipamento ou interrupção no fornecimento de energia:

- A câmara de refrigeração possui discadora?

SIM NÃO

Se sim, há número cadastrado? _____

- A câmara de refrigeração possui bateria?

SIM NÃO

Se sim, qual o tempo de duração? _____

- A unidade de saúde possui gerador de energia específico para a sala de vacina?

SIM NÃO

4. A câmara de refrigeração está em bom estado de conservação?

SIM NÃO

- Está em estado ideal de funcionamento?

SIM NÃO

- Está em estado ideal de limpeza?

SIM NÃO

5. A câmara de refrigeração está distante de:

Fonte de calor	<input type="radio"/>	SIM	<input type="radio"/>	NÃO
Incidência de luz solar direta	<input type="radio"/>	SIM	<input type="radio"/>	NÃO
15 cm da parede	<input type="radio"/>	SIM	<input type="radio"/>	NÃO
15 cm de outro equipamento	<input type="radio"/>	SIM	<input type="radio"/>	NÃO

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

SIM NÃO

7. Faz a leitura e o registro correto das temperaturas no início e no fim da jornada de trabalho?

SIM NÃO

8. O mapa de controle diário de temperatura está afixado em local visível?

SIM NÃO

9. Existe freezer para o congelamento das bobinas reutilizáveis?

SIM NÃO

10. Existe um programa de manutenção para os equipamentos da sala de vacina?

SIM NÃO

- Corretiva Preventiva Ambos

11. 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

12. Na organização das caixas térmicas é feita a ambientação das bobinas de gelo reutilizável?

SIM NÃO

13. Faz o monitoramento da temperatura da (s) caixa (s) térmica (s) de uso diário com termômetro?

SIM NÃO

• Tipo de termômetro

- Analógico máxima e mínima cabo extensor
- Digital máxima e mínima cabo extensor
- Linear

14. As vacinas estão organizadas corretamente dentro da(s) caixa(s) de uso diário com termômetro?

SIM NÃO

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

SIM NÃO

16. 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

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

SIM NÃO

18. Há indicação na caixa de distribuição elétrica para ***não desligar*** o disjuntor da sala de vacinação?

SIM NÃO

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

SIM NÃO

• Frequência de distribuição:

Mensal Quinzenal Semanal Outros

• 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

• Dispõe de carro climatizado para a entrega dos imunobiológicos?

SIM NÃO

VI – EVENTOS ADVERSOS PÓS –VACINAÇÃO

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

SIM NÃO

2. Identifica os eventos adversos que devem ser encaminhados para avaliação médica?

SIM NÃO

3. Notifica os eventos adversos pós – vacinação?

SIM NÃO

• Se SIM, investiga?

SIM NÃO

VII – 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

4. Conhece o fluxo para solicitação destes imunobiológicos?

SIM

NÃO

VIII – VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

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

SIM

NÃO

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

SIM

NÃO

3. Participa da vacinação de bloqueio quando indicado?

SIM

NÃO

IX – EDUCAÇÃO EM SAÚDE

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

SIM

NÃO

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

SIM

NÃO

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

SIM

NÃO

X- OBSERVAÇÕES

XI- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O relatório será consolidado e enviado à Secretaria Municipal de Saúde.

DATA DO RELATÓRIO: ____/____/____

_____/_____
NOME DO(S) SUPERVISOR (ES): ASSINATURA

_____/_____
NOME DO(S) SUPERVISOR (ES): ASSINATURA

_____/_____
NOME DO SUPERVISIONADO ASSINATURA