



## SUPERVISÃO DO PROGRAMA MUNICIPAL DE IMUNIZAÇÕES

**MUNICÍPIO:**

**UNIDADE DE SAÚDE:**

**REFRIGERADOR DOMÉSTICO**





**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 m<sup>2</sup>

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 geral (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. Tem mesa de exame clínico ou similar para a aplicação de vacina?  
SIM  NÃO
- s. 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

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

SIM

NÃO

9. Faz uso de caixa coletora de material pérfurocortante?

SIM

NÃO

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

\_\_\_\_\_

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

SIM

NÃO

- De que maneira é realizado o tratamento?

\_\_\_\_\_

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

SIM

NÃO

12. Há estoque excessivo de vacinas na unidade?

SIM

NÃO

13. O quantitativo de seringas e agulhas é suficiente para atender a demanda?

SIM

NÃO

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

SIM

NÃO

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

SIM  NÃO

16. Acondiciona separadamente os vários tipos de lixo?

SIM  NÃO

- Os depósitos possuem tampa e pedal para os lixos?

SIM  NÃO

17. Destino final do lixo da sala de vacinação:

Incinerado

Coleta para aterro

Coleta seletiva

Enterrado

Coleta comum

Queimado

Céu aberto

#### IV – REDE DE FRIO

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

2. O refrigerador é de uso exclusivo para imunobiológicos?

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

4. Qual o tipo de refrigerador utilizado?

- Refrigerador doméstico

- Câmara de refrigeração capacidade \_\_\_\_\_

Possui bateria: SIM NÃO

5. O refrigerador está em bom estado de conservação?

SIM  NÃO

- Está em estado ideal de funcionamento?

SIM  NÃO

- Está em estado ideal de limpeza?

SIM  NÃO



- 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. Existe termômetro de Máxima e Mínima funcionando no centro do refrigerador?

SIM  NÃO

- Que tipo de termômetro?

Analógico tipo capela  Digital  Ambos

7. O vacinador lê e registra corretamente a temperatura?

SIM  NÃO

---

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

SIM  NÃO

9. O refrigerador doméstico tem bandeja coletora de água?

SIM  NÃO

10. 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

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

SIM  NÃO

12. É mantida distância ente os imunobiológicos a fim de permitir a circulação do ar?

SIM  NÃO

13. É mantida a gaveta de legumes e seu espaço preenchido com garrafas de água (de 1 litro) com corante?

SIM  NÃO

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

SIM

NÃO

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

SIM

NÃO

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

SIM

NÃO

17. 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

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

SIM

NÃO

- Realiza registro da limpeza/ degelo do refrigerador?

SIM

NÃO

19. Existe freezer para o congelamento das bobinas reutilizáveis?

SIM

NÃO

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

SIM

NÃO

- Corretiva ( ) Preventiva ( ) Ambos ( )

21. 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

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

23.1: Tipo de termômetro

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

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

SIM  NÃO

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

SIM  NÃO

26. 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

27. 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

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

SIM  NÃO

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

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

SIM  NÃO

30. 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

## V – 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

## 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

4. 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
2. Analisa a incidência das doenças imunopreveníveis x cobertura vacinal?  
SIM  NÃO
3. 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
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

## IX – 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