

CENTRO DE SALUD/HOSPITAL:

Fecha y hora del suceso: ____/____/____

Referente de vacunación: _____

Teléfono/correo electrónico:

Relación de vacunas afectadas:

Toda la información tiene que estar desglosada por lote. Por favor, usar una fila para cada vacuna y lote.

[illegible]

^A Tipo de incidencia: (1) interrupción cadena de frío; (2) vacuna caducada; (3) vacuna estropeada y; (4) otros.

B Resolución:(1) destrucción vacuna (2)vacuna válida con marcaje incidencia en cajas (3) vacuna válida sin incidencia acumulada

c Destino:(1)devolución a la farmacia de la OSI; (2) devolución a la UVE; (3) destrucción de las vacunas; (4)vacuna válida se mantiene en Centro de Salud(CS)

A. Especificar el tipo de incidencia (rellenar en cada caso correspondiente) (A cumplimentar por el centro de vacunación)

(1) Interrupción de la cadena de frío

a. Causas:

- ☐ Fallo en el suministro eléctrico
- ☐ Frigorífico desenchufado accidentalmente
- ☐ Frigorífico abierto durante un tiempo prolongado
- ☐ Avería del frigorífico
- ☐ Otros (especificar): _____

b. Registro de temperaturas:

Por favor, indique la información registrada:

- Temperatura máxima alcanzada: _____ °C
- Temperatura mínima alcanzada: _____ °C
- Tiempo transcurrido fuera del rango de entre 2-8°C (horas): _____

Junto con este anexo, incluir la descarga de lectura Testo (o similar).

Marcar las vacunas indicando Tº máxima alcanzada, tiempo transcurrido fuera de rango y darle uso prefente. Los periodos de incidencia son acumulables

(2) Vacuna caducada

- ☐ No revisión de la caducidad
- ☐ Exceso de estocaje

(3) Vacuna estropeada

- ☐ Embalaje defectuoso
- ☐ Algún componente deteriorado

(4) Otros

Especificar el incidente: _____

B. Resolución (a rellenar por Epidemiología)

- (1) ☐ Destrucción vacuna
- (2) ☐ Vacuna válida con marcaje incidencia en cajas (especificar nueva fecha de caducidad): ____ / ____ / ____
- (3) ☐ Vacuna válida sin incidencia acumulada
- ☐ Notificado a la OSI correspondiente. Fecha notificación: ____ / ____ / ____

C. Destino vacuna (a rellenar por el centro de vacunación)

- (1) ☐ Devolución OSI. Fecha devolución: ____ / ____ / ____
- (2) ☐ Devolución UVE. Fecha devolución: ____ / ____ / ____
- (3) ☐ Destrucción/ Eliminación siguiendo normativa Residuos Vigente. Fecha destrucción: ____ / ____ / ____
- (4) Vacuna válida se mantiene en CS:
- ☐ Con marcaje incidencia en cajas
 - ☐ Sin incidencia acumulada

Observaciones del centro de vacunación:

Firma del/de la responsable de vacunación: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Observaciones de la UVE:

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Enviar la hoja a la persona responsable de vacunación del centro y a la persona referente de la Unidad de Vigilancia epidemiológica del territorio correspondiente:

Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Araba: epidemiologia-alava@euskadi.eus

Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Bizkaia: epidemiologia-bizkaia@euskadi.eus

Unidad de Vigilancia Epidemiológica de Gipuzkoa: epidemiologia-gipuzkoa@euskadi.eus