

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTE COM A REDE DE FRIO

Para:

Responsável pela rede de frio

Para:

Serviços Farmacêuticos ARSNorte, I.P.:

De: USF Tempo de Cuidar

Data do acidente: ____ / ____ / ____

Verificou-se **quebra da rede de frio** (descreva sucintamente a situação)

Causa: _____

_____ entre as
_____ (horas, minutos) de ____ / ____ / ____ e as _____
(horas, minutos) de ____ / ____ / _____, tendo as vacinas ficado sujeitas a uma
temperatura máxima ou mínima de _____ ° C, num total de _____ (horas,
minutos).

Mais se informa que, os produtos envolvidos foram, de imediato, armazenados em
frigorífico, a uma temperatura adequada (entre 2° e 8°), devidamente identificados e
segregados em regime de quarentena.

Aguardamos informação sobre procedimentos a efetuar.

Preencha a tabela seguinte com a lista da(s) vacina(s) implicada(s) neste acidente.

Anexe cópia dos registos da temperatura do(s) frigorífico(s) atingidos.

Preenchido por: _____ em: ____ / ____ / _____

Contacto: _____

VACINA	Nome comercial	Laboratório	Lote	Validade dd/mm/aaaa	N.º doses	Parecer
DTPaHibVIPVHB						
DTPaHibVIP						
DTPaVIP						
Hib						
HPV ₉						
MenC						
Pn ₁₃						
Td						
Tdpa						
VASPR						
VHB 10 µg						
VHB 20 µg						
VIP						

VACINA	Nome comercial	Laboratório	Lote	Validade dd/mm/aaaa	N.º doses	Parecer
Encefalite da carraça						
Febre amarela						
Febre tifóide						
Gripe Sazonal						
MenB						
Pn ₂₃						
Raiva						
Tuberculina						
Tuberculose (BCG)						
Outra: _____						
Outra: _____						

Preenchido por: _____ em: ____ / ____ / ____ Acidente n.º: _____

Contacto: _____

