



1. IDENTIFICAÇÃO DO NOTIFICANTE E LOCAL DE OCORRÊNCIA:

DATA: ____/____/____

Gerência de Saúde: _____ Município: _____ Unidade de Saúde: _____

Endereço: _____ Telefone: _____ Fax: _____

Nome do Notificante: _____ Função: _____

2. TIPO DE OCORRÊNCIA:

- () Falta de energia elétrica da rede
() Porta do equipamento ficou aberta () Desconexão acidental da tomada
() Falha no equipamento () Falha durante o transporte
() Desligamento do disjunto () Outro: _____

3. TIPO DE EQUIPAMENTO E CAPACIDADE EM LITROS: _____

4. CONDIÇÕES DE TEMPERATURA:

4.1. Última leitura da temperatura ANTES da constatação do problema: Termômetro Digital: Dia: ____/____/____ Hora: _____ Mom: _____ Máx: _____ Min: _____
Termômetro Analógico: Dia: ____/____/____ Hora: _____ Mom: _____ Máx: _____ Min: _____

4.2. Leitura da temperatura NO MOMENTO que constatou o problema: Termômetro Digital: Dia: ____/____/____ Hora: _____ Mom: _____ Máx: _____ Min: _____
Termômetro Analógico: Dia: ____/____/____ Hora: _____ Mom: _____ Máx: _____ Min: _____

5. TEMPO DE EXPOSIÇÃO (tempo provável que o imunobiológico ficou exposto à temp. inadequada): _____

6. DESCREVER A CONDUTA DO NÍVEL LOCAL EM RELAÇÃO AOS IMUNOBIOLOGICOS APÓS A EXPOSIÇÃO E PROVIDÊNCIAS PARA EVITAR QUE O FATO ACONTEÇA NOVAMENTE: _____

7-IDENTIFICAÇÃO DOS IMUNOBIOLOGICOS EXPOSTOS

8 – RECOMENDAÇÃO
(Campo de uso exclusivo da Regional ou GEVIM)

Nome do Imunobiológico Exposto	Apresentação (em doses)	Laboratório Exposto	Lote	Validade	Quantidade (em doses)	Imunobiológico foi exposto à temp. inadequada antes? Se sim, nº de vezes	Devolver para Gerência de Saúde	Utilizar (respeitar a validade do fabricante)		Desprezo Imediato
								Até 30 dias	Até o prazo Val. e Fab.	

Nome do responsável pela recomendação: _____ Local de trabalho: _____ Data: ____/____/____