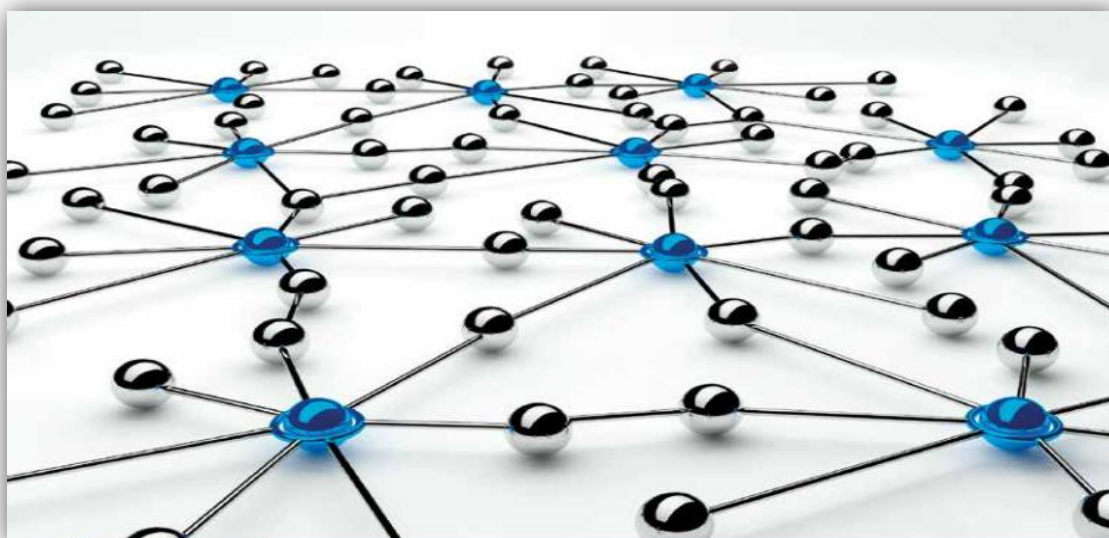


ANEXO 3.5 - GUIA DA OFICINA TUTORIAL: MICROPROCESSO SALA DE VACINA



PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

OFICINA TUTORIAL – MICROPROCESSO SALA DA VACINA



Guia do Participante

**RIO GRANDE DO SUL
2017**

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS

Presidente: Michele Caputo Neto
Secretário Executivo: Jurandi Frutuoso Silva
Coordenador Técnico de Núcleos: René José Moreira dos Santos

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL - SES/RS

Secretário de Estado da Saúde: João Gabbardo dos Reis
Secretário Adjunto: Francisco Zancan Paz

GRUPO GESTOR DA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Representantes do CONASS:

Eliane Regina da Veiga Chomatas
Maria José de Oliveira Evangelista
Maria Zélia Soares Chomatas
Marta Oliveira Barreto

REPRESENTANTES DA SES:

Equipe do Grupo Condutor Conforme a Portaria nº 171/2017

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE - CONASS

Consultor: Eugênio Vilaça Mendes
Consultores da Tutoria: Marco Antônio Bragança de Matos e Rubia Pereira Barra
Gerente da Atenção Primária à Saúde: Maria José de Oliveira Evangelista
Gerente da Atenção Especializada: Eliana Maria Ribeiro Dourado

ORGANIZADORES DOS GUIAS DE ESTUDO

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante
Marco Antônio Bragança de Matos
Maria Zélia Soares Lins
Rubia Pereira Barra

PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS

Consultor: Eugênio Vilaça Mendes

Consultores da Tutoria: Marco Antônio Bragança de Matos e Rubia Pereira Barra

Gerente da Atenção Primária à Saúde: Maria José de Oliveira Evangelista

Gerente da Atenção Especializada: Eliana Maria Ribeiro Dourado

ORGANIZADORA DO GUIA TUTORIAL

Rubia Pereira Barra

FACILITADORES DO CONASS

Ademilde Machado Andrade

Alzira Maria D'Ávila Nery Guimarães

Ana Angélica Ribeiro de Meneses e Rocha

Ana Maria Cavalcanti

Ana Paula Oliva Reis

Carla Pintas Marques

Carla Ulhoa André

Carmem Cemires Bernardo Cavalcante

Cleide Aparecida de Oliveira

Denize Aparecida Silva

Eliana Maria Ribeiro Dourado

Eliane Regina da Veiga Chomatas

Jane Monteiro Neves

Leane de Carvalho Machado

Lidia Maria Tonon

Lore Lamb

Marco Antônio Bragança de Matos

Maria Ângela Leite Chaves

Maria Cecília Moreira Domênico

Maria José de Oliveira Evangelista

Maria Zélia Soares Lins

Marta Oliveira Barreto

Nereu Henrique Mansano

Priscila Rodrigues Rabelo Lopes

Regina Helena Arroio Nicoletti

Regina Márcia Maestrello Bolis Paula Meira

Rosane de Lucca Maerschner

Sandra Denise de Moura Sperotto

Severino Azevedo de Oliveira Junior

Sônia Maria Souza

Tereza Cristina Lins Amaral

Vilalba Carlos Lima Martins Bezerra

Viviane Rocha de Luiz

Wagner Fulgêncio Elias

OFICINA: Microprocesso - Sala de Vacina

1. OBJETIVOS

- Desenvolver competência para gerenciar os processos na Sala de Vacina;
- Aprimorar a qualidade das atividades nas salas de vacinas;
- Implementar a aplicação dos POP's e checklist nas salas de vacinas;
- Implementar a Supervisão em Salas de Vacinas;

2. PRODUTOS

Ao final do período de dispersão desta oficina, os participantes deverão:

- Implantar a Planilha de Gerenciamento de Processos da Imunização;
- Capacitar os técnicos de enfermagem para o uso dos POPs;
- Implantar a supervisão da sala de vacina pela enfermeira responsável com o uso de Checklist.

3. PROGRAMAÇÃO

A programação da oficina está organizada em uma carga horária de 4 horas. Para o alcance dos objetivos propostos, a oficina conta com as seguintes atividades educacionais: exposições dialogadas, trabalhos em grupo e elaboração do plano de ação.

HORÁRIO	ATIVIDADES
8h00 – 8h15	Abertura - Apresentação dos objetivos da oficina
8h15 – 8h45	Atividade 1 - Exposição dialogada - A construção Social da APS e a Sala de Vacina
8h45 - 9h15	Atividade 2 - Exposição dialogada - A cobertura vacinal no Município de _____
9h15 - 9h30	Intervalo
9h30 - 10h45	Trabalho em grupos: Estudo de Caso
10h45 - 11h15	Atividade 3 - Plenário: Relato das atividades em grupo
11h15 - 11h45	Plenária: Orientação para o trabalho de dispersão
11h45 - 12h00	Plenária: Avaliação da oficina e encerramento das atividades

4. ROTEIRO DE ATIVIDADES

MANHÃ

RECEPÇÃO



Duração: 15 minutos

DESCRIÇÃO:

Esta atividade tem o seguintes objetivo:

- 1 – Saudar e apresentar os participantes;

ABERTURA



Duração: 30 minutos

DESCRIÇÃO:

Esta atividade tem os seguintes objetivos:

- 1 – Saudar e apresentar os participantes;
- 2 – Apresentação dos objetivos da oficina.

**ATIVIDADE 1 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA:
A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA APS E A SALA DE VACINA**



Duração: 30 minutos

DESCRIÇÃO:

Esta atividade tem o objetivo de possibilitar aos participantes entenderem onde se encontra a sala de vacina na construção social da Atenção Primária à Saúde.

**ATIVIDADE 2 – EXPOSIÇÃO DIALOGADA:
A COBERTURA VACINAL NO MUNICÍPIO**



Duração: 30 minutos

DESCRIÇÃO:

Esta atividade tem o objetivo de possibilitar aos participantes conhecerem a situação da cobertura vacinal no Município e suas implicações.

**ATIVIDADE 3 – TRABALHO EM GRUPO:
ESTUDO DE CASO**



Duração: 1 hora e 15 minutos

DESCRIÇÃO:

Esta atividade tem como objetivo possibilitar a reflexão e discussão sobre o gerenciamento de processo da Sala de Vacina.

Para tanto, a turma será dividida em grupos e cada grupo deve eleger um coordenador e um relator para a atividade. Lembrando os papéis desses atores no Box a seguir:



RESGATANDO O PAPEL DO COORDENADOR E DO RELATOR DO GRUPO

O coordenador é responsável por monitorar o tempo indicado pelos facilitadores para as discussões do grupo e coordenar as atividades para a conclusão do trabalho proposto.

Já o relator é responsável por sintetizar as idéias e discussões do grupo para apresentação em plenário.

Registre aqui os participantes que exercerão as funções de coordenador (a): _____ e de relator (a): _____ nessa atividade.

Cada grupo deverá ler o caso **A sala de vacina do Posto de Saúde Sinhazinha**. Levantar as não conformidades encontradas em cada caso e preencher a Matriz 1 - Identificação das não conformidades dos processos da sala de vacina.

Elaborar o Plano de Ação, preenchendo a Matriz 2 – Plano para correção das não conformidades:

- Transcrever as não conformidades, por ordem de prioridade;
- O que: Descrever a (s) ação (ões) necessária (s) para corrigir a não conformidade
- Quem: Identificar quem é o responsável pela ação;
- Quando: Identificar o prazo (inicial e final) para a realização da ação;
- Onde: identificar o local para a realização da ação;
- **Documentos: Identificar os documentos necessários para a realização da ação;**

Relatar as atividades do grupo em plenário. O relator terá no máximo 5 minutos.

Caso 1 - A sala de vacina do Posto de Saúde Sinhazinha

D. Maria Lucia levou sua filhinha Ana Laura de 5 meses para vacinar no Posto de Saúde Sinhazinha. Junto com ela estava também seus outros dois filhos Manoel de 3 anos e Rafael de 5 anos, pois não tinha com quem deixa-los em casa. Ao chegar na unidade de saúde entrou na fila da recepção para informar que necessitava de vacinar a filha. Como a fila estava grande ela demorou mais de 40 minutos para chegar até a atendente. Manuel e Rafael já estavam impacientes e corriam pela recepção. Perguntada sobre porque procurou a unidade, D. Maria Lucia informou que queria vacinar sua filha Ana Laura, mas que acontecera uma enchente no bairro dela, que invadiu sua casa e todos os documentos foram danificados inclusive os cartões de vacina de toda a família. A atendente pediu então a D. Maria Lucia que ela se dirigisse a Sala de Vacina e procurasse a Marise que era a técnica de enfermagem.

Na sala de vacina Marise a técnica de enfermagem, estava se preparando para vacinar Moisés que estava com nove meses e que ainda não tinha recebido as vacinas do calendário dos seis meses. O ACS responsável pela família de Moisés, estava afastado de licença médica havia seis meses e ninguém havia feito a busca ativa para o Moisés vacinar aos seis meses. Ela não lavou a mão, pegou o frasco de vacina de uma caixa térmica que não tinha termômetro. Abriu o frasco, mas não registrou data e hora da abertura e iniciou a aplicação das vacinas do calendário vacinal, sem verificar a data de validade e lote. Marise, preocupada em colocar o cartão de Moisés em dia, administrou também a vacina de Febre Amarela indicada aos nove meses, se esquecendo que ela não poderia ser administrada junto com a Vacina Pneumo cócica 10-valente. Marise reencapou a agulha não se preocupando com o risco de acidente. Desprezou a seringa na caixa coletora para descarte de material perfuro cortante que estava no chão e o restante do material em uma lixeira de lixo comum. Novamente Marise não lavou as mãos e fez a anotação no cartão de vacinas de Moisés e no mapa diário da unidade. Entregou o cartão para a mãe, sem fazer as anotações no cartão do fichário rotativo e se despediu.

D. Maria Lucia então se dirigiu a técnica de enfermagem Marise e falou que queria vacinar a sua filha. Marise perguntou pelo cartão de vacina de Ana Laura e quando D. Maria Lucia falou que não estava com o cartão, antes de D. Maria Lucia se

explicar, Marise já falou que era uma irresponsabilidade muito grande de D. Maria Lucia não trazer o cartão de Ana Laura. D. Maria Lucia explicou o que tinha acontecido com o cartão e perguntou se eles não tinham uma cópia na unidade de saúde. Marise foi então ao fichário rotativo e não encontrou o cartão espelho de Ana Laura. Como Ana Laura era da área de abrangência do Posto de Saúde Sinhazinha, Marise foi verificar com o ACS, mas o mesmo tinha saído para uma visita. Marise então falou para D. Maria Lucia que não poderia vacinar a Ana Laura e que ela retornasse em outro dia.

No final do expediente Marise foi recolocar os frascos de vacina na geladeira com prazo de validade aceitável e viu que a geladeira estava com uma camada de gelo de cerca de 3 cm. Pensou então que deveria programar a limpeza da geladeira, pois não se recordava o dia que ela havia feito a última limpeza.

Neste momento Marise se lembrou que não havia registrado os imunobiológicos no mapa diário de uma criança que ela havia vacinado antes de Moisés. Mas ficou tranquila porque tinha certeza que tinha anotado no cartão de vacinas da criança.

Como a autoclave da unidade de saúde estava com defeito, ela não realizou a inativação dos imunobiológicos com microorganismos vivos com prazo de validade vencido em autoclave e colocou os frascos na caixa coletora para descarte de material perfuro cortante.

Ao anotar a temperatura na Planilha de Controle da Temperatura da Geladeira, Marise verificou que havia esquecido de fazer a anotação no período da manhã e ficou em dúvidas se havia olhado a temperatura ou se só havia esquecido de anotar.

Pensou em escrever um bilhete para o ACS da microárea de Ana Laura, mas como já estava na hora dela ir para casa, preferiu conversar com ele no dia seguinte. Na sala de vacina não havia sido implantado os POPs e o último treinamento da equipe aconteceu a mais ou menos 1 ano.

MATRIZ 1 - Matriz para Identificar as não conformidades dos processos da sala de vacina

Caso - _____

Nº	Não conformidade
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

ATIVIDADE 4 – PLENÁRIO:

RELATO DAS ATIVIDADES DOS GRUPOS



Duração: 30 minutos

DESCRIÇÃO:

Esta atividade tem como objetivo analisar o relato dos grupos.

ATIVIDADE 5 – PLENÁRIO:

ORIENTAÇÃO PARA O TRABALHO NO PERÍODO DE DISPERSÃO



Duração: 30 minutos

DESCRIÇÃO:

Esta atividade tem como objetivo planejar as atividades do Período de Dispersão para desenvolvimento das seguintes ações:

- Apresentar e discutir com a equipe a Planilha de Gerenciamento de Processos - Imunização;
- Realizar treinamento para a equipe de enfermagem baseado nos POPs, *checklist*, fazendo a leitura e discussão dos mesmos.
- Implantar os POPs e *checklist* previstos para a Sala de Vacina.

Estabelecer um cronograma para que os produtos sejam desenvolvidos, utilizando a matriz abaixo:

PRODUTO	PRAZO	RESPONSÁVEL
Capacitação das Equipes		
Implantação dos POPs		

Auditoria		

ATIVIDADE 6 - PLENÁRIO:

AVALIAÇÃO DA OFICINA E ENCERRAMENTO DAS ATIVIDADE



Duração: 15 minutos

DESCRIÇÃO:

Esta atividade de tem como objetivo realizar avaliação da oficina e encerrar as atividades.

ANEXOS DO GUIA

ANEXO 1 - MATRIZ DE GERENCIAMENTO - IMUNIZAÇÃO

GERENCIAMENTO DE PROCESSO					
Título: Sala de Vacina				Revisão: 01	Data:
O QUE	RESULTADO DO PROCESSO	SISTEMA GERENCIAL			
		QUANDO	ONDE	QUEM	DOCUMENTOS
Organizar a Sala de Vacinas	Execução de Imunização com qualidade na Sala de Vacina	Diariamente	ESF	Técnico de Enfermagem e Auxiliar de serviços gerais	• POP's referentes
Executar imunização		Diariamente	ESF	Técnico de Enfermagem	POP's referentes
Preencher Formulários		Diariamente	ESF	Equipe de Enfermagem	POP's referentes
Supervisionar as atividades		Quinzenalmente	ESF	Enfermeiro	Instrumento de Supervisão da Sala de Vacinação

ANEXO 2 - INSTRUMENTO DE SUPERVISÃO DA SALA DE VACINAÇÃO

Data: ____/____/____

ESF: _____ Código (CNES) _____

I – IDENTIFICAÇÃO

1) Nome da Coordenação da ESF

2) Nome da Coordenação de Enfermagem

3) Horário de funcionamento da Sala de Vacinação:

Manhã: _____ às _____

Tarde: _____ às _____

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

Sim () Não ()

11.1) Se NÃO:

Vacinas	QUANDO						
	Manhã	Tarde	1 vez p/semana	2 vezes p/semana	3 vezes p/semana	Quinzenal	Mensal

5) Profissionais que atuam na Sala de Vacinação e Responsável Técnico :

Nome	Categoria Profissional	Capacitações											
		Sala Vacina			BCG			Rede Frio			E.. Adversos		
		Sim	Ano	Não	Sim	Ano	Não	Sim	Ano	Não	Sim	Ano	Não

*Registrar o ano da última capacitação.

II – ASPECTOS GERAIS DA SALA DE VACINAÇÃO

- 1) A sala de vacinação funciona:
8 horas ou mais() 6 horas () 4 horas ()
- 2) É exclusiva para essa atividade?
Sim() Não ()
- 3) É de fácil acesso à população?
Sim() Não ()
- 4) Está devidamente identificada?
Sim() Não ()
- 5) A área física da sala de vacinação atende as normas preconizadas pela CGPNI/ANVISA?
 - 5.1) Parede de cor clara, impermeável e fácil higienização
Sim() Não ()
 - 5.2) Piso resistente e antiderrapante
Sim() Não ()
 - 5.3) Piso impermeável e de fácil higienização
Sim() Não ()
 - 5.4) A sala dispõe de:
 - 5.5.1) Pia com torneira e bancada de fácil higienização**
Sim() Não ()
 - 5.5.2) Proteção adequada contra luz solar direta**
Sim() Não ()
 - 5.5.3) Iluminação e arejamento adequado**
Sim() Não ()
- 6) A sala de vacinação está em condições ideais de conservação?
Sim() Não ()
- 7) A sala de vacinação está em condições ideais de limpeza?
Sim() Não ()
- 8) A limpeza geral (paredes, teto, etc) é feita no mínimo a cada quinze dias?
Sim() Não ()
- 9) A temperatura ambiente da sala é mantida em 18°C a 20°C?
Sim() Não ()
- 10) Tem objetos de decoração (papéis, vasos, etc)?
Sim() Não ()

- 11) O mobiliário da sala de vacinação apresenta boa distribuição funcional?
Sim() Não ()
- 12) Apresenta organização dos impressos e materiais de expediente?
Sim() Não ()
- 13) As seringas e agulhas de uso diário estão acondicionados adequadamente (em recipientes limpos e tampados)?
Sim() Não ()
- 14) As seringas e agulhas de estoque estão acondicionados em embalagens fechadas e em local sem umidade?
Sim() Não ()
- 15) Tem mesa de exame clínico/similar e/ou cadeira para aplicação de vacina?
Sim() Não ()
- 15.1) Se SIM, possui colchonete ou similar revestido de material impermeável e protegido com material descartável?
Sim() Não () Não se aplica ()

III - PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

- 1) Indicação da Vacina:
- 1.1) Verifica a idade e intervalo entre as doses?
Sim() Não ()
- 1.2) Investiga a ocorrência de eventos adversos à dose anterior?
Sim() Não ()
- 1.3) Observar situações em que o adiamento temporário da vacinação está indicado e ou contra-indicações?
Sim() Não ()
- 1.4) Orienta sobre a vacina a ser administrada?
Sim() Não () Não observado ()
- 1.5) Orienta o registro do aprazamento?
Sim() Não () Não observado ()
- 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?
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 Observado ()

7) Faz o acondicionamento de materiais perfurocortantes conforme as normas de biosegurança?

Sim() Não ()

8) Faz o tratamento das vacinas com microorganismos vivos antes do descarte?

Sim() Não ()

9) Faz busca ativa de suscetíveis com a clientela que frequenta a ESF?

Sim() Não ()

10) Faz uso do cartão controle:

10.1) Para criança Sim () Não ()

10.2) Para adulto Sim() Não ()

10.3)

11) Os cartões controle são organizados por data de retorno?

Sim() Não ()

12) Realiza busca ativa de faltosos?

Sim() Não ()

13) O quantitativo de vacinas é suficiente para atender a demanda?

Sim() Não ()

14) Há estoque excessivo de vacinas na ESF?

Sim() Não ()

15) O quantitativo de seringas e agulhas é suficiente para atender a demanda?

Sim() Não ()

16) Observa o prazo de validade das seringas e agulhas?

Sim() Não ()

17) Acondiciona separadamente os vários tipos de lixo?

Sim() Não ()

18) Destino final do lixo:

Adequado () Inadequado()

IV - REDE DE FRIO

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

Sim() Não ()

- 2) O refrigerador é de uso exclusivo para imunobiológicos?
Sim() Não ()
- 3) A capacidade do refrigerador é igual ou superior a 280litros?
Sim() Não ()
- 4) O refrigerador está em bom estado de conservação?
Sim() Não ()
- 4.1) Está em estado ideal de funcionamento?
Sim() Não ()
- 4.2) Está em estado ideal de limpeza?
Sim() Não ()
- 5) O refrigerador está distante de:
- 5.1) Fonte de calor
Sim() Não ()
- 5.2) Incidência de luz solar direta
Sim() Não ()
- 5.3) 20 cm da parede
Sim() Não ()
- 6) Existe termômetro de Máxima e Mínima e/ou cabo extensor no refrigerador?
Sim() Não ()
- 7) No evaporador são mantidas bobinas de gelo reciclável na quantidade recomendada?
Sim() Não ()
- 8) No refrigerador tem bandeja coletora de água?
Sim() Não ()
- 9) No refrigerador:
- 9.1) Na 1ª prateleira são armazenadas em bandejas perfuradas somente as vacinas que podem ser submetidas a temperatura negativa?
Sim() Não ()
- 9.2) Na 2ª prateleira são armazenadas em bandejas perfuradas somente as vacinas que não podem ser submetidas a temperatura negativa?
Sim() Não ()
- 9.3) Na 3ª prateleira são armazenados os estoques de vacinas, soros e diluentes?
Sim() Não ()
- 10) Os imunobiológicos estão organizados por tipo, lote e validade?
Sim() Não ()

- 11) É mantida distância entre os imunobiológicos e as paredes da geladeira a fim de permitir a circulação do ar?
Sim() Não ()
- 12) São mantidas garrafas de água com corante e em todo o espaço inferior interno do refrigerador?
Sim() Não ()
- 13) Existe material no painel interno da porta do refrigerador?
Sim() Não ()
- 14) Faz a leitura e o registro corretos das temperaturas no início e no fim da jornada de trabalho?
Sim() Não ()
- 15) O mapa de Controle Diário de Temperatura está afixado em local visível?
Sim() Não ()
- 16) O degelo e a limpeza do refrigerador são realizados a cada 15 dias ou quando a camada de gelo atingir 1,0cm?
Sim() Não ()
- 17) Descreva os procedimentos para degelo e limpeza do refrigerador. A descrição foi correta?
Sim() Não ()
- 18) Existe um programa de manutenção preventiva e/ou corretiva para o refrigerador da sala de vacina?
Sim() Não ()
- 19) O serviço dispõe em número suficiente para atender as atividades de rotina:
- 19.1) Caixa térmica (poliuretano e ou poliestireno expandido - isopor) ou outro equipamento de uso diário
Sim() Não ()
 - 19.2) Bobinas de gelo reciclável
Sim() Não () Não se aplica ()
 - 19.3) Termômetro de máxima e mínima e de cabo extensor
Sim() Não () Não se aplica ()
 - 19.4) Fita de PVC / Crepe
Sim() Não () Não se aplica ()
- 20) Na organização da caixa térmica é feita a ambientação das bobinas de gelo reciclável?
Sim() Não () Não se aplica ()

21) Faz o monitoramento da temperatura da(s) caixa(s) térmica(s) ou do equipamento de uso diário?

Sim() Não ()

22) Quando por qualquer motivo os imunobiológicos forem submetidos a temperaturas não recomendadas:

22.1) É comunicado imediatamente a instância hierarquicamente superior?

Sim() Não ()

22.2) É preenchido o formulário de avaliação de imunobiológicos sob suspeita e enviado a instância hierarquicamente superior?

Sim() Não ()

22.3) As vacinas sob suspeita são mantidas em temperatura de +2°C a +8°C, até o pronunciamento da instância superior?

Sim() Não ()

23) Há indicação na caixa de distribuição elétrica para não desligar o disjuntor da sala de vacinação?

Sim() Não ()

V - SISTEMA DE INFORMAÇÃO – SI

1) Instrumentos:

	Existência		Preenchimento Correto	
	Sim	Não	Sim	Não
Cartão da Criança				
Cartão do Adulto				
Boletim Diário de Doses Aplicadas de Vacinas				
Boletim Mensal de Doses Aplicadas de Vacinas				
Cartão Controle (aprazamento)				
Mapa Diário de Controle de Temperatura				
Ficha de Investigação de Eventos Adversos (no EAS)				
Formulário para Avaliação de Vacinas Sob Suspeita				
Movimento Mensal de Imunobiológicos				

2) Manuais:

	Existência	
	Sim	Não
Normas Técnicas		
Procedimentos para Administração de Vacinas		
Rede de Frio		

Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos		
Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais		
Capacitação de Pessoal em Sala de Vacinação		

- 3) Tem conhecimento da:
- 3.1) Cobertura vacinal
 Sim() Não ()
- 3.2) Taxa de abandono
 Sim() Não ()

VI – EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAÇÃO

- 1) Tem conhecimento da ocorrência de eventos adversos associados às vacinas?
 Sim() Não () Não há ocorrência ()
- 2) Tem informação de quais são os eventos adversos pós-vacinação?
 Sim() Não ()
- 3) Identifica os eventos adversos que devem ser encaminhados para avaliação médica?
 Sim() Não ()
- 4) Notifica os eventos adversos pós-vacinação?
 Sim() Não ()
- 4.1) 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 destes imunobiológicos?
 Sim() Não ()
- 4) Conhece o fluxo para solicitação destes imunobiológicos?
 Sim() Não ()

VIII - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

- 1) Tem conhecimento da ocorrência ou não de casos de Doenças Imunopreveníveis na sua área de abrangência (Sarampo, Rubéola, Difteria, Coqueluche, Tétano, Poliomielite, Raiva e outras)?
Sim() Não ()
- 2) Tem conhecimento da incidência das doenças imunopreveníveisX cobertura vacinal?
Sim() Não ()
- 3) Participa da vacinação de bloqueio quando indicado?
Sim() Não () Nunca ocorreu ()
- 4) Notifica os casos suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica que chegam ao seu conhecimento?
Sim() Não () Nunca ocorreu ()

IX – EDUCAÇÃO EM SAÚDE

- 1) Participa em parcerias com diversos segmentos sociais para divulgação das ações de imunizações?
Sim() Não ()
- 2) Participa em parcerias com os programas existentes na ESF?
Sim() Não ()
- 3) Todo o indivíduo que comparece a sala de vacinação é orientado e informado sobre a importância das vacinas e do cumprimento do esquema vacinal?
Sim() Não ()
- 4) Todos os funcionários da ESF são informados sobre as vacinas disponíveis, importância de estar vacinado e do encaminhamento da clientela à sala de vacinação?
Sim() Não ()

X – CONSIDERAÇÕES FINAIS

- 1) Situações identificadas:

2) Recomendações:

ASSINATURA DO SUPERVISIONADO

ASSINATURA DO SUPERVISOR

ANEXO 3 - PLANILHA DE COBERTURA VACINAL PARA USUÁRIOS DE OUTRAS ÁREAS DE ABRANGÊNCIA

NOME DA MÃE	NOME DO USUÁRIO	DATA DE NASCIMENTO	UNIDADE DE SAÚDE	VACINA	DOSE/REFORÇO

