



**SECRETARIA DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIAS**

**COMUNICADO DE VACINAÇÃO EXTRAMUROS**

<b>1. Identificação do Estabelecimento de Origem</b>		
Razão Social:	CNES:	
Nome Fantasia:	CÓDIGO IBGE:	
CNPJ:		
Licença Sanitária:	Validade:    /    /	
Endereço:		
Bairro:	Município: São Bernardo do Campo	CEP:
Telefone:	Fax:	
E-mail:		
Responsável Técnico pelo Estabelecimento:		
CPF:	Conselho:	Nº Registro:
Responsável Técnico pelas atividades de vacinação:		
CPF:	Conselho:	Nº Registro:

<b>2. Identificação do local onde será realizada a vacinação extramuros</b>		
Serviço Contratante:		
CNPJ:		
Endereço:		
Bairro:	Município:	CEP:
Telefone:		
E-mail:		
Responsável pelo local:	CPF:	
Profissão/Cargo:		

<b>3. Período de vacinação extramuros</b>						
Data	/	/	a	/	/	Horário:
Data	/	/	a	/	/	Horário:
Data	/	/	a	/	/	Horário:
Data	/	/	a	/	/	Horário:

#### 4- IMUNOBIOLOGICOS QUE SERÃO DISPONIBILIZADOS PARA VACINAÇÃO EXTRAMUROS

Imunobiológico	Fabricante	Lote	Validade	Nº de Doses

#### 5- CONDIÇÕES FÍSICO-FUNCIONAIS

	SIM	NÃO
Possui validação dos termômetros?		
Possui impresso de controle de temperatura?		
Possui caixa térmica (poliuretano)?		
As caixas térmicas usadas para o transporte de imunobiológicos mantêm as condições de conservação indicadas pelas pelo fabricante?		
É realizada a validação das caixas térmicas?		
Na organização das caixas térmicas é realizada a ambientação de gelo reciclável?		
As vacinas são transportadas em caixas térmicas que mantenham as condições de conservação indicadas pelos fabricantes?		
É realizado controle de temperatura durante o transporte?		
É realizada averiguação do local pelo serviço de vacinação onde será realizada a vacinação extramuros?		
O local onde será realizada a vacinação extramuros possui pia e sabão líquido para lavagem das mãos?		
Possui papel toalha descartável?		
Durante a vacinação extramuros será utilizado álcool gel?		
Realiza o gerenciamento correto dos resíduos e de acordo com o PGRSS na vacinação extramuros?		
Faz o acondicionamento de materiais perfurocortantes conforme as normas de biossegurança?		
Possui lixo especial para descarte de perfurocortantes? (Recipiente de paredes rígidas)		
Vacinas não obrigatórias são aplicadas apenas mediante receita médica?		
Possui recursos humanos habilitados para desenvolver a atividade?		



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE  
SÃO BERNARDO DO CAMPO

6- EQUIPAMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS		INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
QUANTITATIVO DE CAIXAS TÉRMICAS PARA TRANSPORTE		TIPO:
QUANTITATIVO DE GELO RECICLÁVEL		
QUANTITATIVO DE TERMÔMETROS PARA CAIXAS TÉRMICAS		TIPO:

**7 - DESCREVER DETALHADAMENTE COMO SE DARÁ O TRANSPORTE DOS IMUNOBIOLÓGICOS:**


**8- REALIZA TRANSPORTE DE IMUNOBIOLÓGICOS POR TERCEIROS ( ) SIM ( ) NÃO. CASO SIM, QUAL EMPRESA?**


**9- INFORMAR O PROCESSO DE DESCARTE DE RESÍDUOS:**


**10- INFORMAR COMO SE DARÁ O REGISTRO DAS VACINAS APLICADAS E COMPROVANTE DE VACINAÇÃO PARA O CLIENTE:**




PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE  
SÃO BERNARDO DO CAMPO

**11- INFORMAR QUAL O PROCEDIMENTO DADO AOS IMUNOBIOLOGÍCOS QUE FORAM SUBMETIDOS A TEMPERATURA NÃO RECOMENDADA:**


**12- OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR OPORTUNAS:**


**Declaro que as informações acima prestadas são verdadeiras, e assumo a inteira responsabilidade pelas mesmas.**

SÃO BERNARDO DO CAMPO, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO DO ESTABELECIMENTO/CARIMBO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO DA VACINAÇÃO/CARIMBO

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA SBC

Deferido (    )

Indeferido (    )

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA E CARIMBO

**Declaro estar ciente da decisão acima da Divisão de Vigilância Epidemiológica de São Bernardo do Campo.**

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO DO ESTABELECIMENTO/CARIMBO

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

