PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PROTEÇÃO À SAÚDE E VIGILÂNCIAS

REQUERIMENTO DE SERVIÇO DE SAÚDE PARA ATIVIDADE DE VACINAÇÃO HUMANA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		
Razão Social:		CNES:
Nome Fantasia:		CÓDIGO IBGE:
CNPJ:		
Licença Sanitária:		Validade: / /
Endereço:		
Bairro:	Município: São Bernardo do Campo	CEP:
Fone:	Fax:	
E-mail:		
Responsável Técnico pelo Serviço:		CPF:
Conselho:		Nº Registro:
Responsável Técnico pelas atividades de vacinação:	CPF	
Conselho:		Nº Registro:

2- CONDIÇÕES FÍSICO-FUNCIONAIS

	SIM	NÃO
1-Possui refrigerador exclusivo para vacina?		
2 -O serviço realiza a qualificação da geladeira?		
3- O serviço realiza a qualificação da câmara fria?		
4- O equipamento de refrigeração para estoque e conservação de vacinas é regularizado pela ANVISA?		
5- O local onde ficam armazenadas as vacinas garante a conservação, eficácia e segurança mesmo diante da falha do fornecimento de energia elétrica?		
6- O local onde ficam armazenadas as vacinas possui equipamento que garanta o funcionamento e manutenção da temperatura em caso de falta de energia elétrica?		
7- Possui termômetro com registro de temperatura máxima, mínima e momento?		
8- Possui validação dos termômetros?		
9- Possui impresso para registro de controle de temperatura?		
10- Utiliza caixa térmica (poliuretano*)?		
11- Realiza validação das caixas térmicas?		
12- Na organização das caixas térmicas é realizada a ambientação de gelo reciclável?		
13- Possui prontuário individual, com registro de todas as vacinas aplicadas, de fácil acesso?		
14- Possui registro de pacientes vacinados?		
15- Anota e notifica à Secretaria Municipal de Saúde as reações adversas ocorridas com pacientes em relação à vacinação no impresso padronizado pelo MS?		
16- Registra em cartão próprio, a ser entregue para o paciente, as vacinas aplicadas?		
17- No cartão de vacinação são anotados lote e data de validade da vacina?		
18- As vacinas utilizadas possuem nota fiscal de procedência?		
19- A estrutura da sala de vacina está dentro do preconizado pela Resolução-RDC 50?		
20- A Sala de vacina possui suporte de papel toalha descartável?		
21- A Sala de vacina possui dispenser para álcool gel?		

22- A Sala de vacina possui dispenser para sabão líquido específico para ambiente hospitalar?		
23- Realiza o gerenciamento correto dos resíduos e de acordo com o PGRSS?		
24- Faz o acondicionamento de materiais perfurocortante conforme as normas de biossegurança?		
25- Possui lixo especial para descarte de perfurocortante? (Recipiente de paredes rígidas)		
26- Vacinas não obrigatórias são aplicadas apenas mediante receita médica?		
27- Possui POP de rotinas e procedimentos?		
28- Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde?		
29- Possui POP de Higienização das mãos, segurança do paciente e boas práticas?		
30- Possui POP de Educação Permanente?		
31- Possui registro das capacitações realizadas aos profissionais?		
32- Possui Manual de Imunobiológicos específicos com as vacinas disponibilizadas no estabelecimento?		
33- Possui Manual de rede de frio do Programa Nacional de Imunização?		
34- Possui recursos humanos habilitados para desenvolver a atividade?		
35- Pretende realizar vacinação extramuros?		
36- Digita todas as doses de vacinas aplicadas no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SIPNI WEB*) do Ministério da Saúde?		
37- Envia por e-mail o Boletim Mensal de doses aplicadas (sempre no 1º dia útil de cada mês)?		

*ATENÇÃO: O Programa Nacional de Imunização (PNI) recomenda a substituição das caixas térmicas de poliestireno expandido, utilizadas nas atividades da sala de vacinação e extramuros, por caixas de poliuretano, devido à sua durabilidade e à facilidade de higienização. (Fonte: MS, Manual de normas e procedimentos para vacinação).

*ATENÇÃO: Conforme Resolução-RDC nº 197, de 26 de dezembro de 2017, a obrigatoriedade da utilização do SIPNI WEB nominal (Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização WEB), a partir de 01/07/2018, para todos os serviços de saúde, unidades públicas e privadas.

1- LISTAGEM DE IMUNIBIOLÓGICOS A SEREM OFERECIDOS PELO ESTABELECIMENTO:

Imunobiológicos

*Inclusão de novos tipos de vacinas deverão ser comunicadas via processo.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
SÃO BERNARDO DO CAMPO

2- IMUNOBIOLÓGICOS QUE ESTARÃO DISPONIBILIZADOS PARA VACINAÇÃO NO MOMENTO:

Imunobiológico	Fabricante	Lote	Validade	Nº de Doses

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

4- INFORMAR QUAL O PROCEDIMENTO DADO AOS IMUNOBIOLÓGICOS QUE FORAM SUBMETIDOS À TEMPERATURA NÃO RECOMENDADA (ALTERAÇÃO DE TEMPERATURA):

5- OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR OPORTUNAS:

6 - Anexar Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde – PGRSS do Estabelecimento.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE
SÃO BERNARDO DO CAMPO

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

As informações contidas neste requerimento seguem as normas regulamentadas pelo Ministério da Saúde (MS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária – (ANVISA) e Resolução - RDC n°197, de 26 de dezembro de 2017 para os serviços que realizam vacinação. Art. 15 Compete aos serviços de vacinação: I – registrar as informações referentes às vacinas aplicadas no cartão de vacinação e no sistema de informação definido pelo Ministério da Saúde.

SÃO BERNARDO DO CAMPO, _____/_____/_____

_____

ASSINATURA RESPONSÁVEL LEGAL DO ESTABELECIMENTO/CARIMBO

_____

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO DO ESTABELECIMENTO/CARIMBO

_____

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO DA VACINAÇÃO/CARIMBO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Composição da Equipe de Vacinação (Anexar cópia simples do documento do Conselho Profissional)

CATEGORIA PROFISSIONAL	NOME DO PROFISSIONAL	CPF	Conselho Profissional	Nº Registro Profissional	Telefone