



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

UF

**PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO DE SUPERVISÃO
SALA DE VACINAÇÃO – PAISSV (Versão 2.0 / Dezembro de 2004)**

() 1ª. Supervisão () 2ª. Supervisão

Data: / /

Município: Código (IBGE)

EAS: Código (CNES)

Tipo de Estabelecimento:

Hospital () Hosp. / Maternidade () Maternidade ()
Unidade de Saúde () Clínica () PACS / PSF ()

Tipo de Administração:

Federal () Estadual () Municipal ()
Filantrópica () Privada ()

Endereço completo:

Supervisor:

I – IDENTIFICAÇÃO

1) Nome do Diretor do EAS

2) Nome da Coordenação de Enfermagem

3) Área Urbana ()

4) Área Rural ()

5) Horário de funcionamento do EAS - Manhã: às

6) Horário de funcionamento do EAS - Tarde: às

7) Horário de funcionamento do EAS - Integral: às

8) Horário de funcionamento da Sala de Vacinação:
Manhã: às

9) Horário de funcionamento da Sala de Vacinação:
Tarde: às

Excluído: UF

Excluído: ESTADO D

Excluído: -

Excluído: _

Excluído: _____

Excluído: _____

Excluído: COORDENAÇÃO

Excluído: NACIONAL

Excluído: -

Excluído: ¶

Excluído: ¶

Excluído: Código e

Excluído: Nome da

Excluído: ¶

Excluído: ¶

Excluído: Hosp

Excluído: ...idade de Saúde ... (

Excluído: ...)

Excluído: ¶

Excluído: ¶

Excluído: ¶

Excluído: Código e Nome do

Excluído: ¶

Excluído: 1)

Formatados: Marcadores e
numeração

Excluído: a...EAU

Excluído: 2)

Excluído: 3)

Excluído: 4)

Excluído: 5)

Excluído: a...EAU... - Manhã:

Formatados: Marcadores e
numeração

Excluído: 6)

Formatados: Marcadores e
numeração

Excluído: a...EAU... - Tarde:

Excluído: 7)

Formatados: Marcadores e
numeração

Excluído: a...EAU... - Integral:

Excluído: <#>¶

Formatados: Marcadores e
numeração

Excluído: 8)

Excluído: 9)

Formatados: Marcadores e
numeração

10) Horário de funcionamento da Sala de Vacinação:

Integral: _____ às _____

11) 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
BCG							
Hepatite B							
Pólio Oral							
DTP							
H. influenzae b							
Tetravalente							
Sarampo							
Tríplice Viral							
Dupla Viral							
dT							
Rubéola							
Febre amarela							

Outras:

--	--	--	--	--	--	--	--

12) 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.

Excluído: 10)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: ¶

Excluído: ¶



Excluído: MINISTÉRIO DA SAÚDE ESTADO D...

Excluído: ¶

Excluído: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE

CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGIA COORDENAÇÃO MUNICIPAL DO PROGRAMA DE IMUNIZAÇÕES
COORDENAÇÃO GERAL DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

¶

¶

¶

INSTRUMENTO DE SUPERVISÃO EM SALA DE VACINAÇÃO

¶

Excluído: ¶

Excluído: ¶

I – IDENTIFICAÇÃO

¶

1) Data da Supervisão

¶

¶

2) Nome da Unidade de Saúde (US)

¶

3) Endereço

¶

4) Nome do Diretor da US

¶

5) Nome da Coordenação Chefia de Enfermagem

¶

6) Código da US

¶

7) Município

¶

...

Excluído: D

Excluído: ¶

Excluído: ¶

¶

¶

Excluído:

Excluído: ¶

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) Tamanho mínimo de 6 m²
Sim () Não ()
 - 5.2) Parede de cor clara, impermeável e fácil higienização
Sim () Não ()
 - 5.3) Piso resistente e antiderrapante
Sim () Não ()
 - 5.4) Piso impermeável e de fácil higienização
Sim () Não ()
 - 5.5) 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 ()

Excluído: 1)

Excluído: no mesmo horário que a Unidade de Saúde?

Excluído: Sim

Excluído: Não

Excluído: 3)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: 1)

Excluído: 4)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: 5)

Formatados: Marcadores e numeração

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: 9

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: material liso,

Excluído:

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: impermeável,

Excluído: e de fácil higienização

Excluído:

Excluído:

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: 1)

Excluído: 5.1)

Excluído: 1)

Formatados: Marcadores e numeração

Formatados: Marcadores e numeração

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: 6)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: 7)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: cartazes,

Formatados: Marcadores e numeração

- 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) Observa 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 ()

Excluído: ¶

Excluído: ¶

Excluído: em recipientes plásticos

Excluído: ou

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: ¶

Excluído: 1)

Formatados: Marcadores e numeração

Formatados: Marcadores e numeração

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído:

Formatados: Marcadores e numeração

Formatados: Marcadores e numeração

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: ¶

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: 2)

Excluído: 3)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído:

Excluído: .

Excluído: ¶

Excluído:

Excluído: .

Excluído: ¶

Excluído:

Excluído: 4)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: 5)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: 6)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: .

Excluído: .

Excluído: ¶

Excluído: .

Excluído:

Excluído: ¶

Excluído: a

Excluído: .

Excluído: 7)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: -

Excluído: -

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

Sim () Não ()

Excluído: 8)

Formatados: Marcadores e numeração

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

Sim () Não ()

Excluído: 9)

Formatados: Marcadores e numeração

10) Faz uso do cartão controle:

10.1) Para criança Sim () Não ()

10.2) Para adulto Sim () Não ()

Excluído: a

Excluído: US

Formatados: Marcadores e numeração

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

Sim () Não ()

Excluído: ¶

Formatados: Marcadores e numeração

12) Realiza busca ativa de faltosos?

Sim () Não ()

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

Sim () Não ()

Excluído: 13)

Formatados: Marcadores e numeração

14) Há estoque excessivo de vacinas na U.S?

Sim () Não ()

Excluído: 14)

Formatados: Marcadores e numeração

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

Sim () Não ()

Excluído: 15)

Formatados: Marcadores e numeração

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

Sim () Não ()

Excluído: 16)

Formatados: Marcadores e numeração

17) Acondiciona separadamente os vários tipos de lixo?

Sim () Não ()

Excluído: 17)

Formatados: Marcadores e numeração

18) Destino final do lixo:

Adequado () Inadequado ()

Excluído: 18)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: Incinerado

Excluído: ¶

Excluído: Queimado () ¶
Enterrado/Aterro () ¶
CCéu aberto () ¶

Excluído: <#>Coleta seletiva () ¶
<#>Coleta comum () ¶
<#>Coleta para aterro () ¶

Excluído: 2)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: 3)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: 3.1) É o recomendado para conservação de vacinas? ¶
Sim () Não () ¶

Excluído: ¶

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 280 litros?

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 _____ <u>Sim</u> () <u>Não</u> () 5.2) Incidência de luz solar direta _____ <u>Sim</u> () <u>Não</u> () 5.3) 20 cm da parede _____ <u>Sim</u> () <u>Não</u> ()	Excluído: Formatados: Marcadores e numeração Excluído: Formatados: Marcadores e numeração Excluído: Formatados: Marcadores e numeração
6) Existe termômetro de Máxima e Mínima <u>e/ou cabo extensor</u> no refrigerador? Sim () Não ()	Excluído: Excluído: funcionando na 2ª prateleira d
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? <u>Sim</u> () <u>Não</u> () 9.2) Na 2ª prateleira são armazenadas em bandejas perfuradas somente as vacinas que não podem ser submetidas a temperatura negativa? <u>Sim</u> () <u>Não</u> () 9.3) Na 3ª prateleira são armazenados os estoques de vacinas, soros e diluentes? <u>Sim</u> () <u>Não</u> ()	Formatados: Marcadores e numeração Formatados: Marcadores e numeração Formatados: Marcadores e numeração
10) Os imunobiológicos estão organizados por tipo, lote e validade? Sim () Não ()	
11) É mantida distância entre os imunobiológicos <u>e as paredes da geladeira</u> 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 ()	Excluído: <#>¶ <#>¶ Formatados: Marcadores e numeração
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 0,5 cm?
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 imunobiológico 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 ()

Excluído: ¶

¶

Excluído: O degelo e a limpeza do refrigerador é realizada

Excluído: de

Excluído:

Excluído: ¶

Excluído: (

Excluído:

Excluído:

Excluído:

Excluído:

Formatados: Marcadores e numeração

Formatados: Marcadores e numeração

Formatados: Marcadores e numeração

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

Sim () Não ()

Excluído: 23)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído:

Excluído: ¶

Excluído: ¶

¶

¶

¶

Excluído: ¶

¶

Excluído: -

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: ¶

Excluído: ¶

Excluído: 1)

Excluído: Impressos

Excluído: Instrumentos:¶

Excluído: Descrição

Excluído: Impressos¶

Existentes

Excluído: o

Excluído: a

Excluído: U

Excluído: 2)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: Descrição

Excluído: Impressos¶

Existentes

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído:

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: S

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 ()

Excluído: as

2) Tem informação de quais são os eventos adversos pós-vacinação?

Sim () Não ()

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: ¶

Excluído: 2)

Formatados: Marcadores e numeração

3) Identifica os eventos adversos que devem ser encaminhados para avaliação médica?

Sim () Não ()

Formatados: Marcadores e numeração

4) Notifica os eventos adversos pós-vacinação?

Sim () Não ()

Excluído: 3)

Excluído: pós vacinação

Excluído: ¶

4.1) Se SIM, investiga?

Sim () Não ()

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: ¶
¶

VII - IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS

1) Tem conhecimento da existência do CRIE?

Sim () Não ()

Excluído: 1)

Formatados: Marcadores e numeração

2) Tem conhecimento dos imunobiológicos disponíveis no CRIE?

Sim () Não ()

3) Conhece as indicações destes imunobiológicos?

Sim () Não ()

Excluído: 3)

Formatados: Marcadores e numeração

4) Conhece o fluxo para solicitação destes imunobiológicos?

Sim () Não ()

Formatados: Marcadores e numeração

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 ()

Excluído: 1)

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: e

Excluído: i

2) Tem conhecimento da incidência das doenças imunopreveníveis X cobertura vacinal?

Sim () Não ()

Excluído: 2)

Formatados: Marcadores e numeração

3) Participa da vacinação de bloqueio quando indicado?

Sim () Não () Nunca ocorreu ()

Excluído: 3)

Formatados: Marcadores e numeração

4) Notifica os casos suspeitos de doenças sob vigilância epidemiológica que chegam ao seu conhecimento?

Sim () Não () Nunca ocorreu ()

Formatados: Marcadores e numeração

Excluído: ¶

IX – EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1) Participa em parcerias com diversos segmentos sociais para divulgação das ações de imunizações?

Sim () Não ()

Excluído: 1)

Formatados: Marcadores e numeração

2) Participa em parcerias com os programas existentes no EAS?

Sim () Não ()

Excluído: 2)

Formatados: Marcadores e numeração

3) Participa de eventos diversos com a finalidade de divulgar as ações do Programa de Imunizações?

Sim () Não ()

Excluído: a

Excluído: U

Excluído: 3)

4) 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 ()

Formatados: Marcadores e numeração

Formatados: Marcadores e numeração

Sim () Não ()

1) Situações identificadas:

[illegible]

ASSINATURA DO SUPERVISOR

Excluído: ¶