**GESTIÓN DE VACUNAS NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIA**

**ROTURA DE LA CADENA DEL FRÍO**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL CENTRO** |
| **NOMBRE DEL CENTRO**  |       |
| **DA** |       |
| **CÓDIGO** |       |
| **TFNO** |       |
| **DIRECCIÓN** |       |
| **E-MAIL** |       |
| **RESPONSABLE DE VACUNAS** |       |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA INCIDENCIA** |
| **Tª MAX y/o MÍN alcanzada en la INCIDENCIA** | **MES** | **DIA** | **HORA : MIN** | **TªMAX** | **TªMIN** |
|       |       |       **:**      |     |     |
| **ÚLTIMA LECTURA CORRECTA\* del TERMÓMETRO ANTES del INCIDENTE (1)** | **MES** | **DIA** | **HORA : MIN** | **Tª** |
|       |       |       **:**      |     |
| **PRIMERA LECTURA CORRECTA\* del TERMÓMETRO DESPUÉS del INCIDENTE (2)** | **MES** | **DIA** | **HORA : MIN** | **Tª** |
|       |       |       **:**       |     |
| **DURACIÓN DEL INCIDENTE (contabilizar desde 1 hasta 2)** | **HORAS : MIN** |
|       **:**       |
| **INDICAR SI ES 1ª o 2ª INCIDENCIA QUE SE PRODUCE EN ESTAS MISMAS VACUNAS** **(#si es 2ª y sucesivas completar la columna correspondiente para cada vacuna)** | **1ª** **[ ]**  |  **2ª** **[ ]**  |
| **EN CASO DE BAJADA DE TEMPERATURA INDICAR SI HAY VACUNAS CONGELADAS** | **SI [ ]**  | **NO [ ]**  |
| **IDENTIFICACIÓN DEL FRIGORÍFICO AFECTADO POR LA INCIDENCIA (Modelo, ubicación,…)** |       |

**\*LECTURA CORRECTA:** Temperatura dentro del rango entre 2ºC y 8ºC.

|  |
| --- |
| **CAUSA DE LA ROTURA DE LA CADENA DEL FRÍO** |
| **[ ]  Corte en el suministro eléctrico** | **[ ]  Otras causas. Especificar:**       |
| **[ ]  Avería del frigorífico** |
| **[ ]  Puerta abierta** |
| **[ ]  Desconexión accidental del enchufe** |
| **[ ]  Cambio de posición del termóstato** |
| **[ ]  Las vacunas quedaron fuera del frigorífico** |

| **VACUNAS** | **MARCA** | **LABORATORIO** | **LOTE** | **CADUCIDAD** | **DOSIS** | **Nº INCIDENTE#** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Difteria-Tétanos–Tosferina de baja carga (dTpa)**  |       |       |       |       |       |       |
| **Difteria -Tétanos-Tosferina de alta carga-Poliomielitis (DTPa-VPI)** |       |       |       |       |       |       |
| **Haemophilus Influenzae tipo b** **(Hib)** |       |       |       |       |       |       |
| **Hepatitis A Pediátrica** **(HA pediátrica)** |       |       |       |       |       |       |
| **Hepatitis A Adultos (HA adultos)** |       |       |       |       |       |       |
| **Hepatitis B Pediátrica** **(HB pediátrica)** |       |       |       |       |       |       |
| **Hepatitis B Adultos (HB adultos)** |       |       |       |       |       |       |
| **Hepatitis B para Dializados** **(HB dializados)** |       |       |       |       |       |       |
| **Herpes Zóster (VVZ)** |       |       |       |       |       |       |
| **Hexavalente (DTPa-VPI-HB-Hib)** |       |       |       |       |       |       |
| **Meningococo conjugado B** **(MenB)** |       |       |       |       |       |       |
| **Meningococo conjugado C** **(MenC)** |       |       |       |       |       |       |
| **Meningococo A, C, W, Y** **( Men ACWY)** |       |       |       |       |       |       |
| **Neumococo conjugada 13V** **(VNC13)** |       |       |       |       |       |       |
| **Neumococo conjugada 15V** **(VNC15)** |       |       |       |       |       |       |
| **Neumococo conjugada 20V** **(VNC20)** |       |       |       |       |       |       |
| **Neumococo polisacárida 23V**  |       |       |       |       |       |       |
| **Papiloma humano (VPH) 9v** |       |       |       |       |       |       |
| **Poliomielitis (VPI)** |       |       |       |       |       |       |
| **Rotavirus** |       |       |       |       |       |       |
| **Sarampión-Rubéola-Parotiditis** **(TV)** |       |       |       |       |       |       |
| **Sarampión-Rubéola-Parotiditis- Varicela (SRPV)** |       |       |       |       |       |       |
| **Tétanos-Difteria tipo adulto (Td)** |       |       |       |       |       |       |
| **Tuberculina** |       |       |       |       |       |       |
| **Varicela (VVZ)** |       |       |       |       |       |       |
| **Otras** |       |       |       |       |       |       |
| ***Encefalitis Centroeuropea (adultos)*** |       |       |       |       |       |       |
| ***Encefalitis Centroeuropea (pediátrica)*** |       |       |       |       |       |       |
| ***Encefalitis Japonesa*** |       |       |       |       |       |       |
| ***Fiebre amarilla*** |       |       |       |       |       |       |
| ***Rabia*** |       |       |       |       |       |       |
| ***Dengue*** |       |       |       |       |       |       |

#Completar solo en caso de vacunas afectadas por 2ª y sucesivas incidencias.

**\*\* SÓLO CENTROS DE VACUNACION INTERNACIONAL**

**Ante cualquier incidencia en la cadena de frio de las vacunas, seguir los siguientes pasos:**

**Comunicar** la incidencia al **Servicio de Prevención de la Enfermedad** a los **teléfonos**: 91 370 09 35 / 23 / 24 / 25.

**Rellenar el formulario** de **Notificación** de **Incidencia de Rotura de Cadena de Frío (RCF) en formato word** (**\*.doc/\*.docx)** según este modelo.

**Descargar las temperaturas registradas** en el **Termógrafo durante el incidente y guardarlas en formato pdf.**

1. **Enviar** el **formulario** cumplimentado en formato **word** y la **descarga del termógrafo** en formato **pdf** como documentos **adjuntos** aisp.prevencion@salud.madrid.org.
2. Desde el Servicio de Prevención de la Enfermedad se **remitirá** un **Informe** con las **medidas a tomar** tras el incidente de RCF ocurrido**,** dirigido al responsable **de vacunas del punto de vacunación** donde se ha originado el suceso y a su DA correspondiente.

**Instrucciones para cumplimentar adecuadamente este documento de notificación de incidencia de rotura de la cadena de frío y envío al Servicio de Prevención de la Enfermedad:**

**Cumplimentar** el documento abriendo en la pestaña “**Vista**” la opción “**Editar Documento**”.

Si se da el caso de que **para una misma VACUNA de la tabla de “VACUNAS AFECTADAS”,** hay que introducir varios nombres comerciales, distintos laboratorios, diversos lotes, distintas caducidades y/o diferente número de dosis, cumplimentar cada casilla de manera que se correspondan el nombre, laboratorio, lote, caducidad y dosis en la misma fila.

Una vez cumplimentado, **Guardar** el documento en el **ordenador** en **formato Word (\*.doc / \*.docx).**

Área de Prevención

Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud

Tf: 91 370 09 23 / 24 / 25

E-mail: isp.prevencion@salud.madrid.org