



Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis
Coordenadoria Estadual do Programa de Imunizações
Central Estadual de Rede de Frio

INSTRUMENTO DE SUPERVISÃO TÉCNICA EM SALA DE VACINA MINAS GERAIS

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

Data da supervisão: ____/____/____

Nome da Unidade Regional de Saúde (URS): _____

Nome do Município: _____

Código (CNES): _____

Nome do Estabelecimento de Saúde: _____

Endereço completo do estabelecimento: _____

Nome do(a) Coordenador(a)/Gerente do Estabelecimento de Saúde: _____

Nome do(a) Responsável Técnico da sala de vacina: _____

Localização: Área Urbana () Área Rural ()

Alvará Sanitário: () Sim () Não Data: _____

1.1 Tipo de Estabelecimento (registrar a opção com X):

Serviço Público ()	Hosp. / Maternidade ()	Unidade de Saúde ()	Farmácia ()
Serviço Privado ()	Maternidade ()	UAPS Indígena ()	Clínica de vacinação ()
Hospital ()	Unidade de Atenção Primária à Saúde – UAPS ()	Laboratório ()	Outros: ()

1.2 Horário de funcionamento do Estabelecimento de Saúde:

Manhã	Tarde	Integral

1.3 Horário de funcionamento da Sala de Vacinação:

Manhã	Tarde	Integral



Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis
Coordenadoria Estadual do Programa de Imunizações
Central Estadual de Rede de Frio

2. IDENTIFICAÇÃO EQUIPE TÉCNICA / CAPACITAÇÕES / ATUALIZAÇÕES

2.1 - Quadro 01 - Nome dos(as) profissional(ais) que atuam na sala de vacina (registrar um por linha); Descrição do(s) profissional(ais) de saúde e capacitações / atualizações realizadas, Minas Gerais.

Nome do profissional	Categoria	Nº Conselho	Horário de trabalho	* Exclusivo da Sala		CAPACITAÇÕES/ATUALIZAÇÕES														
				Sim	Não	SALA DE VACINA			BCG			REDE DE FRIO			ESAVI			CRIE		
						Sim	Não	Ano	Sim	Não	Ano	Sim	Não	Ano	Sim	Não	Ano	Sim	Não	Ano
1.																				
2.																				
3.																				
4.																				
5.																				
6.																				
7.																				

* Se o profissional não for exclusivo da sala de vacina relacione as outras atividades: _____



Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis
Coordenadoria Estadual do Programa de Imunizações
Central Estadual de Rede de Frio

3. SALA DE VACINA

3.1 - Todas as vacinas do Programa Nacional de Imunizações (PNI) são administradas durante todo o período de funcionamento da Sala de Vacinação? () Sim () Não

Caso seja selecionado a opção “Não” no tópico 3.1, responda os tópicos 3.2 e 3.3.

3.2 - Qual o motivo (em caso da resposta Não) ? _____

3.3 - Onde é (são) administrada(s) essa(s) vacina(s)? _____

3.4 - Tem vacina para pacientes com condições clínicas especiais? () Sim () Não

Quadro 2 – Descrição das vacinas e período que são aplicadas na sala de vacina.

Vacinas	Qual período ou quando são aplicadas (registrar X na opção para cada vacina)							Obs.
	Manhã	Tarde	1 vez p/semana	2 vezes p/semana	3 vezes p/semana	Quinzenal	Mensal	
Antirrábica								
BCG								
Dupla Adulto (dT)								
Febre Amarela								
Hepatite A								
Hepatite B								
HPV								
Influenza (campanha)								
Meningocócica ACWY								
Meningocócica C								
Pentavalente								
Pneumocócica 10								
Poliomielite (VIP)								
Poliomielite Oral (VOP)								
Rotavírus								
SARS-COVID BABY								
SARS-COVID PEDIÁTRICA								
SARS-COVID ADULTO								
SARS-COVID BIVALENTE								
Tríplice Bacteriana (DTP)								
Tríplice Bacteriana acelular adulto (dTpa)								
Tríplice Viral (SCR)								
Varicela								



Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis
Coordenadoria Estadual do Programa de Imunizações
Central Estadual de Rede de Frio

4. ASPECTOS GERAIS DA SALA DE VACINAÇÃO

4.1 – A sala de vacinação funciona: () 8 horas ou mais () 6 horas () 4 horas			
	Sim	Não	Se não, qual motivo?
4.2 – É exclusiva para essa atividade?			
4.3 – É de fácil acesso à população?			
4.4 – Apresenta sinalização que facilita sua localização?			
4.5 – Está devidamente identificada?			

5. ÁREA FÍSICA

	Sim	Não	Obs.
5.1 – A área física da sala de vacinação atende as normas preconizadas pelo DPNI/ANVISA?			
5.2 – Tamanho mínimo de 6 m²?			
5.3 – Parede de cor clara, impermeável e fácil higienização?			
5.4 – Piso resistente e antiderrapante?			
5.5 – Piso impermeável e de fácil higienização?			
5.6 - O ambiente é? () Único – sala de vacina com ambiente integrado (recepção, administração da vacina) () Dividido – recepção, sala de espera, sala de vacina para a administração da vacina.			

6. A SALA DE VACINA DISPÕE DE

	Sim	Não	Quantidade	Obs.
6.1 – Iluminação adequada				
6.2 – Proteção contra luz solar direta				
6.3 – Arejamento adequado				
6.4 – Ar condicionado				
6.5 – Ventilador				
6.6 – Gerador de energia				
6.7 – Câmara Refrigerada				Capacidade:
6.8 – Geladeira*				Capacidade:
6.9 – Pia com torneira				
6.10 – Bancada (fácil higienização)				
6.11 – Armário				
6.12 – Mesa em boa conservação				
6.13 – Cadeira em boa conservação				
6.14 – Mesa clínica c/ colchão ou similar				
6.15 – Escadinha				
6.16 – Computador				
6.17 – Impressora				



Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis
Coordenadoria Estadual do Programa de Imunizações
Central Estadual de Rede de Frio

Cont.

	Sim	Não	Quantidade	Obs.
6.18 - Caixa térmica (poliuretano)?				
6.19 - Bobinas de gelo reciclável?				
6.20 - Termômetro de máxima e mínima e de cabo extensor?				
6.21 - Sabão líquido				
6.22 - Suporte para papel toalha				
6.23 - Papel toalha				
6.24 – Caixa de perfurocortante				
6.25 – Cesto de lixo c/ saco branco				
6.26 – Cesto de lixo c/ saco preto				
6.27 - As seringas e agulhas de uso diário estão acondicionados adequadamente (identificadas, separadas por validade, em recipientes limpos e tampado)?				
6.28 - As seringas e agulhas de estoque estão acondicionados em embalagens fechadas e em local sem umidade?				
6.29 - Apresenta organização dos impressos e materiais de expediente?				
6.30 – A sala está em condições ideais de conservação?				
6.31– A sala está em condições ideais de limpeza?				
6.32 - A limpeza da sala é feita diariamente pela manhã e à tarde?				
6.33 - A limpeza geral (paredes, teto, etc.) é feita no mínimo a cada quinze dias?				Data último registro:
6.34 - A temperatura ambiente da sala é mantida em 18°C a 20°C?				Temp. atual ambiente:
6.35 - Tem objetos de decoração (quadros de aviso, papéis, vasos, etc.)?				
6.36 - O mobiliário da sala de vacinação apresenta boa distribuição funcional?				
6.37 – Os equipamentos de informática (computador/impressora) estão conectados à internet?				
Comentários:				

*REFRIGERADOR (geladeira) de uso DOMÉSTICO NÃO É RECOMENDADO para o armazenamento de imunobiológicos.



Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis
Coordenadoria Estadual do Programa de Imunizações
Central Estadual de Rede de Frio

7. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO / REGISTRO

7.1 - Qual sistema de informação é utilizado para registro de doses aplicadas:	() e-SUS APS-PEC () e-SUS APS-CDS () SI-PNI () Sistema Próprio			
	Sim ou Correto	Não ou Incorreto	Não observado	Obs.
7.2 - O profissional foi capacitado para utilizar os sistemas?				
7.3 - O Registro das doses aplicadas é feito por todos os profissionais que atuam na sala de vacina?				
7.4- O profissional sabe extrair relatórios do sistema de informação utilizado?				
7.5 - O registro no sistema de informação é realizado de forma adequada?				
7.6 - Qual(is) relatório(s) mais utilizado?	() Doses aplicadas () Cobertura Vacinal () Listagem de Faltosos () Vacinados por Vacina () Erros de Registro () Movimentação dos Imunobiológicos () Outros: _____ _____			

8. INSTRUMENTOS DE REGISTRO

Registrar com “X” cada instrumento no quadro 3:

Quadro 3 – Descrição dos instrumentos da sala de vacina.

Instrumentos	Existência		Preenchimento Correto		Obs.
	Sim	Não	Sim	Não	
8.1 - Cartão da Criança/Adolescente					
8.2 - Cartão da Gestante					
8.3 - Cartão do Adulto/Idoso					
8.4 - Cartão Controle/Espelho (aprazamento) ou similar					
8.5 - Mapa Diário de Controle de Temperatura					
8.6 - Ficha de Investigação de Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI)					
8.7 - Formulário para Avaliação de Vacinas Sob Suspeita (Redcap)					
8.8 - Ficha do Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE)					
8.9 - Formulário de atividades extramuro					



Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis
Coordenadoria Estadual do Programa de Imunizações
Central Estadual de Rede de Frio

9. MANUAIS/DOCUMENTOS

Quadro 4 - Descrição dos Manuais/documentos visualizados na sala de vacina.

MANUAL	Existência		Ano	Obs.
	Sim	Não		
9.1 - Normas e Procedimentos para Administração de Vacinas (físico ou virtual)				
9.2 - Rede de Frio (físico ou virtual)				
9.3 - Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos (ESAVI) (físico ou virtual)				
9.4 - Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (físico ou virtual)				
9.5 - Tem Plano de Contingência?				
9.6 - Tem Procedimento Operacional Padrão (POP)?				
9.7 - Tem fluxograma da vacina antirrábica e soros? Acidentes animais peçonhentos?				

10. EVENTOS SUPOSTAMENTE ATRIBUÍVEIS À VACINAÇÃO OU IMUNIZAÇÃO – ESAVI

	Sim	Não	Não sabe	Obs.
10.1 - Tem conhecimento da ocorrência de ESAVI?				
10.2 - Identifica os ESAVI que devem ser encaminhados para avaliação médica?				
10.3 - Notifica os ESAVI?				
10.4 - Se SIM, Investiga/acompanha/registra				
10.5 - Tem fluxograma do ESAVI?				
10.6 - Quais são os ESAVIs mais comuns?(descrever)				

11. CENTRO DE REFERÊNCIA PARA IMUNOBIOLOGICOS ESPECIAIS – CRIE

	Sim	Não	Não sabe	Obs.
11.1 - Possui conhecimento da existência do CRIE?				
11.2 - Possui conhecimento de quais imunobiológicos estão disponíveis no CRIE?				
11.3 - Conhece o fluxo para solicitação destes imunobiológicos?				



Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis
Coordenadoria Estadual do Programa de Imunizações
Central Estadual de Rede de Frio

PARTE II – OBSERVAÇÃO/ACOMPANHAMENTO

12. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

	Sim / Correta	Não / Incorreta	Não Observado	Obs.
12.1 - Confere o nome, idade e recomendação do imunobiológico para o paciente?				
12.2 – Verifica o nome da vacina e dose a ser administrada?				
12.3 – Confere se o intervalo entre as doses está de acordo com o Calendário Nacional de Vacinação?				
12.4 - Avalia a ocorrência de ESAVI à dose anterior?				
12.5 - Observa situações em que o adiamento temporário da vacinação está indicado e/ou contraindicações?				
12.6 - Orienta sobre a vacina a ser administrada?				
12.7 - Orienta o aprazamento da próxima dose e outras vacinas, se necessário?				
12.8 - Observa o prazo de validade da vacina?				
12.9 - Observa o prazo de validade da vacina por descongelamento?				
12.10 – Realiza o preparo da vacina de acordo com a técnica recomendada pelo PNI?				
12.11 - Registra data e hora de abertura do frasco?				
12.12 - Observa o prazo de validade após a abertura do frasco?				
12.13 - Observa o prazo de validade da bobina de gelo?				
12.14 - A técnica de administração da vacina está de acordo com a norma recomendada pelo PNI?				
12.15 - Realiza o acondicionamento de materiais perfuro-cortante conforme as normas de biossegurança?				
12.16 - Realiza a busca ativa de faltosos?				
12.17 - O quantitativo de vacinas é suficiente para atender a demanda?				
12.18 - Há estoque excessivo de vacinas no Estabelecimento de Saúde?				
12.19 - O quantitativo de seringas e agulhas é suficiente para atender a demanda?				
12.20 - Observa o prazo de validade das seringas e agulhas?				
12.21 - Acondiciona separadamente os vários tipos de lixo (Coleta Seletiva)?				
12.22 - Existe uma empresa ou instituição especializada que coleta resíduos infectantes?				
12.23 - Se sim, faz o tratamento das vacinas com microrganismos vivos antes do descarte?				
12.24 - Destino final do lixo:				



Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis
Coordenadoria Estadual do Programa de Imunizações
Central Estadual de Rede de Frio

Existindo mais de 1 profissional na sala de vacina no mesmo horário, é feita uma distribuição de tarefas (durante todo o processo de imunização), se sim, de qual forma é realizada a distribuição das atividades?

13. REDE DE FRIO

	Sim / Correta	Não / Incorreta	Quantidade	Obs.
13.1 - A tomada elétrica é de uso exclusivo para cada equipamento?				
13.2 - A câmara refrigerada (ou geladeira*) é de uso exclusivo para imunobiológicos?				
13.3 - Há monitoramento da temperatura das câmaras (ou geladeira*) aos fins de semana e período noturno?				
13.3 - A câmara refrigerada (ou geladeira*) está em bom estado de conservação?				
13.4 - A câmara (ou geladeira*) está em estado ideal de limpeza?				Registro:
13.5 - A câmara refrigerada (ou geladeira*) está distante de:				
- Fonte de calor?				
- Incidência de luz solar direta?				
13.6 - Na câmara refrigerada (ou geladeira *):				
- Os imunobiológicos estão organizados por vacina, lote e data de validade?				
13.7 - Os imunobiológicos (Ex.: COVID/VOP) estão identificados por validade de descongelamento?				
13.8 - Existe um programa de manutenção preventiva e/ou corretiva para a câmara refrigerada da sala de vacina?				
13.9 - O serviço dispõe dos seguintes equipamentos em número suficiente para atender as atividades de rotina?				
- Caixa térmica (poliuretano)				
- Bobina reutilizável				
- Termômetro de máxima e mínima e de cabo extensor/Datalogger				
13.10 - A ambientação, das bobinas reutilizáveis, é realizada?				
13.11 - A caixa térmica tem termômetro de máxima e mínima?				Temp. do momento:



Secretaria de Estado de Saúde
Subsecretaria de Vigilância em Saúde
Superintendência de Vigilância Epidemiológica
Diretoria de Vigilância de Agravos Transmissíveis
Coordenadoria Estadual do Programa de Imunizações
Central Estadual de Rede de Frio

13.12 - A montagem da caixa térmica está correta (as bobinas na caixa estão posicionadas adequadamente)?				
13.13 - As vacinas dentro da caixa térmica estão posicionadas adequadamente?				
13.14 - Quando por qualquer motivo os imunobiológicos forem submetidos a temperaturas não recomendadas: - Realiza-se a comunicação imediata à instância superior? - O formulário de avaliação de imunobiológicos sob suspeita (Redcap) é preenchido e enviado a instância superior? - As vacinas sob suspeita são mantidas em temperatura de +2°C a +8°C, até o retorno da instância superior?				
13.15 - Há indicação/orientação por escrito, para não desligar a caixa de distribuição elétrica e o disjuntor da sala de vacina?				
Comentários:				

*REFRIGERADOR (geladeira) de uso DOMÉSTICO NÃO É RECOMENDADO para o armazenamento de imunobiológicos.

14. OBSERVAÇÕES / CONSIDERAÇÕES

15. ASSINATURAS

 Profissional de saúde que realizou a supervisão da sala de vacina	 Profissional de saúde da sala de vacina que acompanhou a supervisão
--	--

Data, ____ / ____ / 20____

*Atualização do Instrumento de Supervisão Técnica em Sala de Vacina, Minas Gerais: julho/2023.