**REQUERIMENTO PARA AUTORIZAÇÃO SANITÁRIA PARA O SERVIÇO DE VACINAÇÃO EXTRAMUROS E DOMICILIAR PARA SERVIÇOS PRIVADOS - TAVESP**

|  |
| --- |
| **1. Identificação do Estabelecimento** |
| Razão Social: CNES: |
| Nome Fantasia: CNAE: |
| CNPJ: |
| Licença Sanitária: Validade: / / |
| Endereço: |
| Bairro: Município: Manaus CEP: |
| Fone:  |
| E-mail: |
| Responsável Técnico pelo Serviço: CPF: |
| Conselho: Nº Registro: |
| Responsável Técnico pelas atividades de vacinação: CPF |
| Conselho: Nº Registro: |
| **Atividade requerida:** |
| VACINAÇÃO EXTRAMUROS VACINAÇÃO DOMICILIAR  |

**2- CONDIÇÕES FÍSICO-FUNCIONAIS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | SIM | NÃO |
| 1. Possui termômetro com registro de temperatura máxima, mínima e momento nas caixas térmicas?
 |  |  |
| 1. Possui calibração dos termômetros?
 |  |  |
| 1. Possui impresso para registro de controle de temperatura ou outro dispositivo de registro?
 |  |  |
| 1. Utiliza caixa térmica (poliuretano) ou conforme manual da rede de frios M.S e PNI?
 |  |  |
| 1. As caixas térmicas usadas para o transporte de imunobiológicos mantêm as condições de conservação das vacinas indicadas pelo fabricante?
 |  |  |
| 1. Realiza validação das caixas térmicas?
 |  |  |
| 1. Na organização das caixas térmicas é realizada a ambientação de gelo reciclável?
 |  |  |
| 1. As caixas térmicas possuem sistema de travamento?
 |  |  |
| 1. As caixas térnicas são identificadas com o nome e contato da empresa e descrição da categoria de material acondicionado (símbolos imunobiologicos)?
 |  |  |
| 1. As caixas térmicas possuem a capacidade mínima 12 L preconizada no Manual da Rede de Frios M.S/PNI?
 |  |  |
| 1. É realizado controle de temperatura durante o transporte?
 |  |  |
| 1. Possui prontuário individual, com registro de todas as vacinas aplicadas, de fácil acesso?
 |  |  |
| 1. Possui registro de pacientes vacinados?
 |  |  |
| 1. Anota e notifica à Secretária Municipal de Saúde as reações adversas ocorridas com pacientes em relação à vacinação no impresso padronizado pelo MS?
 |  |  |
| 1. Registra em cartão próprio, a ser entregue para o paciente, as vacinas aplicadas?
 |  |  |
| 1. No cartão de vacinação são anotados lote e data de validade da vacina?
 |  |  |
| 1. As vacinas utilizadas possuem nota fiscal de procedência?
 |  |  |
| 1. As vacinas são registradas / M.S – ANVISA?
 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. O local onde será realizada a vacinação extramuros possui pia e sabão líquido para lavagem das mãos?
 |  |  |
| 1. Possui papel toalha descartável?
 |  |  |
| 1. Durante a vacinação extramuros e domiciliar será utilizado álcool gel?
 |  |  |
| 1. Realiza o gerenciamento correto dos resíduos e de acordo com o PGRSS?
 |  |  |
| 1. Faz o acondicionamento de materiais perfurocortantes conforme as normas de biossegurança?
 |  |  |
| 1. Possui lixo especial para descarte de perfurocortantes? (Recipiente de paredes rígidas)
 |  |  |
| 1. Vacinas não obrigatórias são aplicadas apenas mediante receita médica?
 |  |  |
| 1. Possui POP de rotinas e procedimentos?
 |  |  |
| 1. Possui Plano de Gerenciamento de Resíduos de Saúde?
 |  |  |
| 1. Possui POP de Higienização das mãos, segurança do paciente e boas práticas?
 |  |  |
| 1. Possui POP de Educação Permanente?
 |  |  |
| 1. Possui registro das capacitações realizadas aos profissionais?
 |  |  |
| 1. Possui Manual de Imunobiológicos específicos com as vacinas disponibilizadas?
 |  |  |
| 1. Possui Manual de rede de frio do programa nacional de imunização 2017?
 |  |  |
| 1. Possui recursos humanos habilitados para desenvolver a atividade?
 |  |  |
| 1. É realizada averiguação do local pelo serviço de vacinação onde será realizada a vacinação extramuros?
 |  |  |
| 1. Realizará vacinação extramuros no período da manhã?
 |  |  |
| 1. Realizará vacinação extramuros no período da tarde?
 |  |  |
| 1. Realizará vacinação extramuros no período da noite?
 |  |  |

**3- APRESENTAÇÃO, OBJETO – DADOS DO LOCAL DE REALIZAÇÃO DO SERVIÇO EXTRAMUROS OU DESCRITIVO RESUMIDO DO PROCESSO DE VACINAÇÃO DOMICILIAR**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4- EQUIPAMENTOS QUE SERÃO UTILIZADOS** | **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES** |
| QUANTITATIVO DE CAIXAS TÉRMICAS PARA TRANSPORTE |  | TIPO: |
| QUANTITATIVO DE GELO RECICLÁVEL |  |  |
| QUANTITATIVO DE TERMÔMETRO PARA CAIXA TÉRMICA |  | TIPO: |

\*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).

**5- IMUNOBIOLÓGICOS QUE SERÃO DISPONIBILIZADOS PARA VACINAÇÃO EXTRAMUROS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imunobiológico** | **Fabricante** |  **Lote** | **Validade** | **Nº de Doses** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **6- DESCREVER DETALHADAMENTE COMO SE DARÁ O TRANSPORTE DOS IMUNOBIOLÓGICOS:** |
|  |
| **7- REALIZA TRANSPORTE DE IMUNOBIOLÓGICOS POR TERCEIROS ( ) SIM ( ) NÃO. CASO SIM, QUAL EMPRESA?** |
|  |  |  |
| **\*ATENÇÃO: Apresentar cópia da Licença Sanitária atualizada para a atividade de transporte de medicamentos e imubiologicos, produtos de interesse à saúde.****8- INFORMAR O PROCESSO DE DESCARTE DE RESÍDUOS:** |
|  |  |  |
| **9- INFORMAR COMO SE DARÁ O REGISTRO DAS VACINAS APLICADAS E COMPROVANTE DE VACINAÇAO PARA O CLIENTE:** |
|  |  |  |

1. **INFORMAR QUAL O PROCEDIMENTO DADO AOS IMUNOBIOLÓGICOS QUE FORAM SUBMETIDOS À TEMPERATURA NÃO RECOMENDADA:**

|  |
| --- |
|  |

1. **INFORMAR OS EPI`S UTILIZADOS:**

|  |
| --- |
|  |

1. **OUTRAS INFORMAÇÕES QUE JULGAR OPORTUNAS:**

|  |
| --- |
|  |

Após liberação da autorização para vacinação extramuros o serviço fica ciente de que toda ação/evento de vacinação extramuros deverá ser comunicado a Secretária Municipal de Saúde – Departamento de Vigilância Sanitária.

Após a liberação da autorizaçao para prestação de serviço de vacinação domiciliar, quando da renovação da licença sanitária deve ser inserida esta observação conforme parecer fiscal.

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 RDC n°197, de 26 de Dezembro de 2017 para os serviços que realizam vacinação.

MANAUS-AM,\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO DO ESTABELECIMENTO/CARIMBO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO DA VACINAÇÃO/CARIMBO

**VIGILÂNCIA SANITÁRIA DE MANAUS**

Deferido ( ) Indeferido ( ) DATA / /

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA E CARIMBO

Declaro estar ciente da decisão acima do Departamento de Vigilância Sanitária de Manaus.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ASSINATURA RESPONSÁVEL TÉCNICO DO ESTABELECIMENTO/CARIMBO

DATA / /

**Composição da Equipe de Vacinação Extramuros ou domiciliar (Anexar cópia simples do documento)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CATEGORIA PROFISSIONAL** | **NOME DO PROFISSIONAL** | **CPF** | **Conselho Profissional** | **Nº Registro Profissional** | **Telefone** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |