**INFORMATIVO**

**2º REMESSA VACINAÇÃO CONTRA COVID-19**

O Município de Itapuranga-GO recebeu na segunda remessa da vacinação (26/01/2021), ainda contemplando a primeira fase, 15 frascos-ampola multidoses com 5,0mL (10 doses) cada, da vacina AstraZeneca/ Universidade de Oxford/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/ Serum Índia-COVID-19, somando um total de 150 doses.

Conforme, previsto na bula da vacina: "*Cada frasco contém pelo menos o número indicado de doses.* ***É normal que líquido permaneça no frasco após a retirada da dose final.***"

Diante disso, como já elucidado na bula e notificado para Coordenação da Regional de Saúde Rio Vermelho, alguns frascos do lote 4120Z005, vieram com volume superior ao mínimo estabelecido de 5ml, com volume residual oscilando entre 0,5 a 1mL, possibilitando assim a vacinação de um número maior de pessoas, sem prejuízo da efetividade da vacinação.

Fato esse notificado à Regional de Saúde Rio Vermelho, conforme já determinado por esta, foi seguida **rigorosamente** a ordem de prioridade, previamente definida pelo "PLANO MUNICIPAL DE OPERACIONALIZAÇÃO DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19/ ITAPURANGA-GO", sendo vacinados 28 pessoas a mais nessa remessa de vacinação.

Vale salientar que o desvio de qualidade, sobre a quantidade de doses excedentes foi notificado para a Regional Rio Vermelho, seguindo todas as recomendações necessárias.

Ao final, foram vacinadas 178 pessoas na segunda remessa da campanha de vacinação.

Itapuranga, 05 de Fevereiro de 2021

Maíra Cândida Dias Campos
Secretária Municipal de Saúde
Decreto nº 013/2021/GPGPF

SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - SUVISA
**GERÊNCIA DE IMUNIZAÇÃO**
Av. 136, Qd.F44, Lts. 22 e 24, 4º andar, Ed. César Sebba, Setor Sul, Goiânia-GO
Fone: (62) 3201-4972/7882/7888
e-mail: pnigoias@gmail.com

# FORMULÁRIO DE REGISTRO DE DESVIO DE QUALIDADE EM IMUNOBIOLÓGICOS

## 1 – Identificação:

Regional: RIO VERMELHO Município: ITAPURANGA
UBS: UBS CENTRAL
Endereço: Avenida Dr. Olavo Bilac Marinho, Centro, Itapuranga-GO
Telefone: (062) 3312-1775 Email: saude.itapuranga@gmail.com
CNES: 2381907
Responsável pelo registro das informações: Walkyria Silva Ferreira
Data da Ocorrência: 03/02/2021

| Imunobiológicos | Laboratório Produtor | Lote | Data Recebimento | Validade | Quantidade doses |
|---|---|---|---|---|---|
| BCG | | | | | |
| | | | | | |
| DUPLA ADULTO | | | | | |
| | | | | | |
| FEBRE AMARELA | | | | | |
| | | | | | |
| HEPATITE A | | | | | |
| | | | | | |
| HEPATITE B | | | | | |
| | | | | | |
| HPV | | | | | |
| | | | | | |
| INFLUENZA | | | | | |
| | | | | | |
| MENINGOCÓCICA C | | | | | |
| | | | | | |
| MENINGO ACWY | | | | | |
| | | | | | |
| PENTAVALENTE | | | | | |
| | | | | | |
| PNEUMOCÓCICA 10 | | | | | |
| | | | | | |
| PÓLIO INJETÁVEL - VIP | | | | | |
| | | | | | |
| PÓLIO ORAL - VOP | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| RAIVA HUMANA - VARH | | | | | |
| | | | | | |
| VACINA ROTAVIRUS HUMANO | | | | | |
| | | | | | |
| SORO ANTI-RÁBICO | | | | | |
| | | | | | |
| TETRA VIRAL | | | | | |
| | | | | | |
| TRÍPLICE BACTERIANA – DTP | | | | | |
| | | | | | |
| TRÍPLICE VIRAL | | | | | |
| | | | | | |
| VARICELA | | | | | |
| | | | | | |
| PNEUMO 23 | | | | | |
| | | | | | |
| DTPa | | | | | |
| | | | | | |
| HIB | | | | | |
| | | | | | |
| **COVID 19** | **FioCruz** | **4120Z005** | **26/01/2021** | **14/04/2021** | **150** |
| | | | | | |
| IMUNOGLOBULINA _____ | | | | | |
| | | | | | |
| DEMAIS SOROS _____ | | | | | |
| | | | | | |

**2 – Instrumento de medição de temperatura:**

( x) Termômetro digital de momento, máxima e mínima com cabo extensor
( ) Termômetro do equipamento de refrigeração ( ) Termômetro analógico (capelinha) ( ) Termômetro linear(momento) ( ) Termômetro de infravermelho com mira a laser

**3 – Desvio de qualidade (marcar com um X):**

| **Alterações gerais** | **Embalagem** |
|---|---|
| **( ) Temperatura de conservação diferente da definida pelo PNI e laboratório produtor** | ( ) Falta de rótulo |
| ( ) Partículas estranhas | ( ) Falta de informações no rótulo |
| ( ) Forma Farmacêutica diferente da informada no rótulo | ( ) Rótulo com pouca adesividade ao material de embalagem |
| ( X) Número de doses diferente da definida na bula | ( ) Troca de rótulo |
| ( ) Outra, especifique: _____ | ( ) Rachaduras no material de acondicionamento |
| **Alterações organolépticas** | ( ) Quebra |
| ( ) Mudanças de coloração | ( ) Bolhas no material de acondicionamento |
| | ( ) Vazamento do frasco |
| | ( ) Violação do lacre |
| | ( ) Ausência do lacre |

| | |
|---|---|
| **Alterações físico-químicas-**<br>( ) Turbidez<br>( ) Precipitação<br>( ) Dificuldades de solubilização (pó liófilo)<br>( ) Dificuldades de homogeneização<br>( ) Formação de gases<br>( ) Material particulado visível (formação de grumos) | |

**4 - Tipos de Intercorrências:**
( ) Falta de energia ( ) Falha do equipamento ( ) Falha na rede elétrica ( ) Falha no transporte (demora na entrega, exposição ao sol, violação das caixas térmicas)
( ) Procedimentos inadequados (porta aberta, plug do refrigerador desligado da tomada, imunobiológicos acondicionados sem o devido controle da temperatura, esquecimento dos imunobiológicos fora do refrigerador).

**5 - Os imunobiológicos já sofreram alterações de temperatura em datas anteriores?**
( ) Sim ( X) Não
Caso sim, especificar a temperatura e data: _____

**6 – Tipo de refrigerador:** ( ) Doméstico (x ) Câmara refrigerada ( ) Câmara frigorifica

**Marca:** **Gelopar**

**7 - Descrição da Ocorrência ( descrever detalhadamente a queixa técnica):**

**Foram recebidas 15 frascos-ampola multidoses com 5,0mL (10 doses) cada, da vacina AstraZeneca/ Universidade de Oxford/ Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)/ Serum Índia-COVID-19, somando um total de 150 doses, entretanto em alguns frascos vieram com volume superior ao mínimo estabelecido de 5ml, com volume residual oscilando entre 0,5 a 1mL, possibilitando assim a vacinação de um número maior de pessoas, sem prejuízo da efetividade da vacinação.**

**Conforme orientado pela Regional Rio Vermelho, foi dada a continuidade da vacinação seguindo RIGOROSAMENTE a lista dos grupos prioritários, sendo vacinados o quantitativo de 28 pessoas a mais nessa remessa.**

**Sendo assim, foram vacinados o total de 178 pessoas.**

| **AS DUAS ÚLTIMAS TEMPERATURAS IDEAIS (entre +2°C e +8°C) VERIFICADAS:** | |
|---|---|
| DIA: _28_/_01_/2021__ | DIA: _29__/_01_/_2021_ |
| Mom.: +3,1_°C<br>Máx.: +4,6_°C<br>Min.: __+4,2_°C | Mom.: +2,6__°C<br>Máx.: +3,8_°C<br>Min.: +3,0_°C |
| **PERÍODO DE ALTERAÇÃO DA TEMPERATURA:** | |
| APROXIMADAMENTE _____horas<br>Das: _____ do dia _____/_____/_____<br>Até: _____ do dia _____/_____/_____ | |
| **TEMPERATURA VERIFICADA NO MOMENTO QUE FOI DETECTADO A ALTERAÇÃO:** | |
| Mom.: _____°C<br>Máx.: _____°C<br>Min.: _____°C | Em: _____/_____/_____<br>Às: _____:_____horas |
| **CONGELAMENTO VISUALIZADO** | ( )SIM ( )NÃO |

**Observações: É obrigatória a colocação do sinal (+) ou (-) antes da temperatura.**

**8 – Conduta adotada diante da ocorrência:**

( ) Identificação e segregação
( ) Bloqueio para utilização no sistema SI-PNI/SIES
( ) Recolhimento dos imunobiológicos
( ) Transferência para a Rede de Frio
( x) Outra, especifique: **Continuidade da vacinação.**

Data: _04/02/2021_

Patrícia Pires dos Santos Silva
Téc. Enfermagem
COREN-GO 001.207.851
Responsável Técnico pela Sala de Vacina

Gabriela Ribeiro de Oliveira
Responsável pela Estratégia de Saúde da Família
Gabriela Ribeiro de Oliveira
Enfermeira
COREN - GO 497-154

Walkyria Silva Ferreira
Coordenador do Núcleo de Vigilância em Saúde

Maíra Cândida Dias Campos
Secretária Municipal de Saúde
Decreto nº 013/2021/GPGPF