



Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria
Departamento de Inmunizaciones

Región:

Comuna:

Establecimiento:

NOTIFICACIÓN QUIEBRE CADENA DE FRÍO

Fecha de Informe:

Fecha en la que se produjo quiebre de cadena de frío:

Causa del quiebre de Cadena de Frío:

(Marque con una X la que corresponda)

Interrupción energía eléctrica	
Congelación	
Falla del refrigerador	
Deficiente manejo del termo	
Otra:	

VACUNAS AFECTADAS:

Vacunas	Marca comercial	Presentación (Monodosis-Multidosis)	N ° de Dosis	Nº de Frascos	Serie o Lote	Fecha de Caducidad	Laboratorio
Anti-influenza adulto							
Anti-influenza pediátrica							
Anti-meningitis							
Anti-polio oral							
Anti-polio inyectable							
Antirrábica							
BCG							
dTp (acelular)							
Fiebre Amarilla							
Hepatitis A							
Hepatitis B adulto							
Hepatitis B pediátrica							
Hexavalente							
Inmunoglobulina Anti-tetánica							
Neumo conjugada							
Neumo 23							
Pentavalente							
Toxoide dT profilaxis							
Tresvívica							
VPH							
Otra							

¿Cuáles fueron las temperaturas alcanzadas al momento de verificar el quiebre de la cadena de frío?

Temperatura actual del refrigerador/termo/cámara :

Temperatura máxima alcanzada en el refrigerador/termo/cámara:

Temperatura mínima alcanzada en el refrigerador/termo/cámara:

¿Cuál fue el tiempo estimado de exposición (horas) de las vacunas a temperaturas fuera de Norma Técnica?:

Describa las medidas adoptadas inmediatas y preventivas:

(Mencione el tiempo estimado que se demoro en recuperar temperatura dentro del rango establecido y que temperatura alcanzo)

Descripción breve del incidente:

Firma enfermera
y/o encargado PNI