



PERÚ Ministerio de Salud

Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades

LISTA DE CHEQUEO DE ACTIVIDADES RELACIONADAS A LA INVESTIGACIÓN DE ESAVI SEVERO

DATOS DEL CENTRO DE VACUNACIÓN

N° del Caso _____

Fecha ____/____/____ Responsables de la evaluación: _____

Actividad al momento de vacunación del caso: () Intramural: () Extramural IPRESS/EESS _____ () Consultorio privado _____

Fue durante Campaña: () No () Si Lugar de vacunación: () Puesto fijo / () Puesto móvil / () Institucional / () Otro ¿Cual? _____

Dirección de lugar de vacunación: _____

DATOS DEL VACUNADOR O ENTREVISTADO EN EL VACUNATORIO

Nombres y Apellidos: _____ Teléfono y correo electrónico: _____

Profesión: _____ Centro Laboral: _____ Experiencia Laboral (Años y meses): _____

INDICACIONES

Desde la sección I a VI, verifique los procedimientos de la vacunación durante la visita realizada al vacunatorio (vacunación intra y extramural) y anote las observaciones. Idealmente observe al personal de salud que realizó la aplicación de la vacuna que generó el evento.

I. Cadena de frío	Sí	No	Consideraciones	Realizar el comentario sobre cadena de frío
1. Controla la temperatura de la refrigeradora en forma diaria	()	()	Verifique	
2. Se encuentra la temperatura dentro de los rangos establecidos, realice la evaluación mínima de 3 meses (+2 a +8°C)	()	()	Verifique	
3. La refrigeradora es exclusiva para el uso de vacunas de la ESNI	()	()	Verifique	
4. Las vacunas están correctamente ubicadas	()	()	Observe	
5. La refrigeradora esta ubicada adecuadamente	()	()	Observe	
6. Tiene Data Logger y funciona correctamente	()	()	Observe	
7. Cuantas veces abre la refrigeradora al día:	()	()	Pregunte	
· 2 veces (respuesta adecuada)	()	()		
· Más de 2 veces	()	()		
8. Que procedimiento realiza cuando no hay fluido eléctrico	()	()	Pregunte	
9. Cuenta con grupo Electrónico	()	()	Pregunte	
II. Lavado de manos	Sí	No	Consideraciones	Realizar el comentario sobre prácticas de bioseguridad
1. El lavado de manos que practica es				
· Social	()	()	Observe	
· Clínico	()	()	Observe	
· Quirúrgico	()	()	Observe	
2. Con que material realiza el secado de manos	()	()		
· Toalla de tela	()	()	Observe	
· Papel toalla	()	()	Observe	
3. Solicita carnet de vacunación antes de vacunar	()	()	Observe	
4. Con que frecuencia se lava las manos:	()	()		
· Antes de y después de cada procedimiento	()	()	Observe	
· No se lava las manos	()	()	Observe	
III. Reconstitución del biológico en el caso	Sí	No	Consideraciones	Realizar un comentario relacionado a la reconstitución del biológico
1. Manipula las vacunas, jeringas y agujas según normas de bioseguridad	()	()	Observe	
2. Conservación del diluyente	()	()	Observe	
3. Observe la técnica de reconstitución del biológico	()	()	Observe	
IV. Técnica de aplicación de la vacuna:	Sí	No	Consideraciones	Realizar un comentario relacionado a la técnica en la aplicación de la vacuna
1. ¿La vacuna se mantiene refrigerado				
2. Rotula la hora de apertura del frasco	()	()	Revise	
3. Cual es la técnica de asepsia:	()	()		
· Circular	()	()	Observe	
· De adentro hacia afuera (respuesta correcta)	()	()	Observe	
4. Cuál es la vía de aplicación de la(s) vacuna(s) investigadas.....	()	()		
· Vía subcutánea	()	()	Pregunte	
· Vía Intramuscular	()	()	Pregunte	
· Vía intradérmica	()	()	Pregunte	
· Vía oral	()	()	Pregunte	
5. Utiliza para la limpieza de la zona a vacunar:	()	()		
· Torundas de algodón	()	()	Observe	
· Torundas de gasa	()	()	Observe	
6. Que antiséptico usa :	()	()		
· Alcohol puro	()	()	Observe	
· Agua	()	()	Observe	
· Alcohol yodado	()	()	Observe	
· Jabón líquido mas agua	()	()	Observe	
· Jabón líquido mas alcohol puro	()	()	Observe	
· Jabón líquido	()	()	Observe	
7. Masajea el lugar de aplicación de un inmunobiológico	()	()	Observe	
8. Cuál es la dosificación de la vacuna	()	()	Pregunte	

V. Vacunas, jeringas y bioseguridad		Sí	No	Consideraciones	Realizar comentario de vacunas, jeringas y bioseguridad
1. Tiene vacunas y jeringas suficientes de acuerdo al nivel de EESS?	()	()		Pregunte y revise	
2. Tiene vacunas caducadas?	()	()		Revise	
3. Tiene frascos de vacuna con aquia en la tapa?	()	()		Revise	
4. Desecha las jeringas usadas en un lugar seguro?	()	()		Revise	
5. Tiene termómetro dentro del termo?	()	()		Revise	
6. Tiene data Logger dentro del termo?	()	()		Revise	
7. Tiene jeringa cargada dentro del termo de vacunas?	()	()		Revise	
8. Técnica correcta para la aplicación de la vacuna?	()	()		Observe	
VI. En relación a la consejería:		Sí	No	Consideraciones	Realizar comentario en relación a la consejería
1. Investiga antecedentes de enfermedad, alergias, estado vacunal, si es mujer (si esta gestando), si recibe algún tipo de tratamiento	()	()		Observe	
2. Indica sobre la vacuna que va a recibir el paciente	()	()		Observe	
3. Educa sobre las reacciones de la vacuna	()	()		Observe	
INDICACIONES					
Desde la sección VII en adelante se completará con la información de los aspectos operacionales de la vacuna relacionada al evento:					
VII. Relacionado a inmunobiológicos y diluyente		Consideraciones		Realizar el comentario sobre cadena de frío	
1. Número de personas vacunadas por cada antígeno en el puesto de vacunación el día del evento, incluya registro de ser posible		Especifique		Nombre de la vacuna	
2. Número de personas vacunadas con el vial de la vacuna involucrada		Especifique		Número de dosis	
3. Número de personas vacunadas con el mismo antígeno involucrado el mismo día o jornada		Especifique		N°:	
4. Número de personas vacunadas con el mismo lote de vacuna en otro lugares.		Especifique		N°:	
5. Momento de vacunación en el ESAVI, según la hora en la jornada		Especifique		<input type="checkbox"/> Primeras Hrs <input type="checkbox"/> Últimas Hrs. <input type="checkbox"/> Desconocido	
6. En caso de viales multidosis, momento en que se administró la vacuna:		Especifique		<input type="checkbox"/> Primeras dosis <input type="checkbox"/> Últimas dosis <input type="checkbox"/> Desconocido	
7. En caso de empleo de diluyente complete los datos		Especifique		Laboratorio	
				Lote	
				Volumen del diluyente	
				Fecha de vencimiento	
VIII. Aspectos Operativos					
1. ¿Hubo algún error en la prescripción o no adherencia a las recomendaciones de uso de vacuna?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	
2. Según la investigación, ¿Considera que la vacuna administrada pudo haber estado contaminada?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> No evaluable
3. A partir de su investigación, ¿considera que las condiciones físicas de la vacuna (color, turbidez, sustancias extrañas, etc) eran anormales en el momento de la administración? (Test de agitación)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> No evaluable
4. A partir de su investigación, ¿considera que hubo un error en la preparación o reconstitución (producto, vacuna o diluyente equivocado, mezcla, jeringa o llenado inapropiado de la jeringa, etc) de la vacuna por el vacunador?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> No evaluable
5. A partir de su investigación, ¿considera que hubo error en la manipulación de la vacuna (interrupción de la cadena de frío durante el transporte, el almacenamiento o jornada de vacunación, etc.?)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> No evaluable
6. A partir de su investigación, ¿considera que la vacuna se administró de forma incorrecta (dosis equivocada, sitio o ruta de administración, aguja del tamaño equivocado, no seguimiento a buenas practicas de inyección, etc?)	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> No evaluable
7. ¿Es este caso parte de un conglomerado?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> N° Id. Conglom
7.1 Si la respuesta es positiva ¿cuantos casos adicionales se han detectado en el conglomerado?					
8. ¿Recibieron todos los casos del conglomerado la vacuna del mismo vial?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido
8.1 Si la respuesta es negativa, enumere los viales usados por el conglomerado de casos					
IX. Jeringas y agujas utilizadas					
1. Se utilizaron jeringas autodesactivables	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido
2. Si no se usaron, especifique el tipo de jeringas usadas	<input type="checkbox"/>	Vidrio	<input type="checkbox"/>	Desechables	<input type="checkbox"/> Desechables recicladas
3. Especifique los hallazgos clave, las observaciones adicionales o los comentarios					<input type="checkbox"/> Otras ¿Cuales?
X. Procedimiento de Reconstitución					
1. ¿Se usó la misma jeringa para la reconstitución de múltiples viales de la misma vacuna?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> NA
2. ¿Se usó la misma jeringa para la reconstitución de diferentes vacunas?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> NA
3. ¿Se usó una jeringa distinta para la reconstitución de cada vial de la vacuna?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> NA
4. ¿Se usó una jeringa distinta para la reconstitución en cada vacunación?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> NA
5. Los diluyentes y las vacunas usadas ¿son las mismas recomendadas por el fabricante?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> NA
6. Especifique los hallazgos clave o las observaciones adicionales o los comentarios					
XI. Cadena de Frío y transporte					
Último punto del almacenamiento					
1. ¿Se encuentra monitorizada la temperatura de la refrigeradora ICE LINED o Fotovoltaico donde se almacenan las vacunas, con un registro diario a.m. y p.m.?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	
1.a. Si marcó "Sí" ¿Hubo alguna desviación del rango +2 a +8°C después de que la vacuna se introdujera en la refrigeradora ICE LINED o Fotovoltaico?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	
1.b. Si marcó "Sí", adjunte los datos del monitoreo por separado					
2. ¿Se siguió el procedimiento correcto para almacenar los diluyentes y las vacunas?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido
3. ¿Se encuentra otro objeto diferente a las vacunas, paquetes fríos y diluyentes, en la congeladora o la refrigeradora ICE LINED o Fotovoltaico?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido
4. ¿Había alguna vacuna reconstituida parcialmente usada en la refrigeradora ICE LINED o Fotovoltaico?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido
5. ¿Había alguna vacuna que no pudiese usarse (vencida, sin etiqueta o congelada en el refrigerador)?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido
6. ¿Había en el almacén algún diluyente que no pudiese usarse (vencido, sin ser recomendación del fabricante, roto o sucio)?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido
XII. Transporte de la vacuna					
1. Tipo de termo o de caja fría usados.					
2. ¿Se envió el termo o la caja fría el mismo día de la vacunación?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido
3. ¿Regresó el termo o la caja fría el mismo día de la vacunación?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido
4. ¿Se usó un paquete frío acondicionado?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/> Desconocido
5. Especifique los hallazgos clave, las observaciones adicionales o los comentarios (registre los detalles de la hora de salida y de llegada del termo o de la caja fría de la vacuna, si lo considera relevante):					