

DEMANDE D'ÉVALUATION DES VACCINS EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID (BCF)

À remplir au moment de la
découverte du BCF et acheminer à
l'équipe de planification régionale
de la vaccination :

gestion.vaccins.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Date du signalement : _____ / _____ / _____
année mois jour

1. Identifications

Établissement public Établissement privé

A) Requérant

Nom : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Courriel : _____ Télécopieur : _____

B) Établissement/Clinique/Autre

Nom : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

_____ Code postal : _____

C) Responsable administratif (suivi de facturation)

Nom : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

_____ Code postal : _____

Courriel : _____

**VEUILLEZ-VOUS ASSURER QUE TOUS LES VACCINS VISÉS PAR L'INCIDENT SOIENT
CONSERVÉS DANS UNE UNITÉ D'ENTREPOSAGE EN FONCTION DE LA TEMPÉRATURE**



RECOMMANDÉE ET MIS EN QUARANTAINE JUSQU'À LA RÉCEPTION DU RÉSULTAT DE
L'ÉVALUATION DE L'ÉQUIPE DE PLANIFICATION RÉGIONALE DE LA VACCINATION.

2. Incident (ce qui a provoqué le bris de la chaîne de froid)

A) Description de l'incident

Date et heure du **début de l'incident** si connue (ex. : panne électrique, porte mal fermée, ...)

Date: _____ Heure : _____
Année / mois / jour

Date et heure de la **fin de l'incident** (de la cause - si connue)

Date : _____ Heure : _____
Année / mois / jour

B) Circonstances de l'incident

Lors du transport Congelé Réfrigéré

Date d'emballage: _____ Heure d'emballage : _____
Année / mois / jour

Date de déballage: _____ Heure de déballage : _____
Année / mois / jour

Lors de l'entreposage Autre

Précisez : _____

C) Causes de l'incident

Colis oubliés à la température de la pièce Défaillance du réfrigérateur

Délais trop longs dans le transport Emballage inadéquat

Mauvais réglage de l'alarme du réfrigérateur Mauvaise calibration du thermostat

Panne électrique Cause de la panne : _____

Température non maintenue - Erreur humaine (ex : porte mal fermée, débranchement de l'appareil)

Autre, précisez : _____

3. Description du bris de chaîne de froid

- A) Dernière date, heure et températures actuelle, minimale et maximale inscrites sur **le relevé de température (ou disponibles via enregistreur) alors que ces dernières se situaient** dans les valeurs recommandées **avant le BCF** ↻

Date: _____ Heure : _____
Année / mois / jour

⇒ Température de l'unité d'entreposage : Actuelle : _____
Minimale : _____
Maximale : _____

- B) Date, heure et température au moment où la température était **hors norme** ↻

Date: _____ Heure : _____
Année / mois / jour

Température de la pièce _____ °C Températures de l'unité d'entreposage ↻

Actuelle (courante) : _____ °C
Minimale : _____ °C
Maximale : _____ °C

- C) Date et heure **où les vaccins ont été remis dans une unité d'entreposage à des températures recommandées** (fin du BCF) ↻

Date: _____ Heure : _____
Année / mois / jour

- D) Type de thermomètre / indicateur de température utilisé ↻

- Thermomètre à enregistrement Thermomètre Minima-Maxima avec sonde dans le glycol graphique
- Thermomètre numérique intégré au réfrigérateur avec ou sans sonde Indicateur de chaleur Indicateur de froid
- Enregistreur numérique (Temptale)

Autre, précisez : _____

- E) Lecture des dispositifs de surveillance de la température utilisés lors du transport (S'il y a lieu) ↻

Froid : _____ Chaleur : _____

Commentaires :

Acheminez une copie du dernier relevé de température. S'il s'agit d'un thermomètre à enregistrement graphique ou numérique, transmettre en plus une copie de la feuille graphique ou des enregistrements

**POUR USAGE
à l'équipe de planification régionale de la vaccination**

Date du début du BCF (voir 3A) : _____ Heure du début du BCF : _____
Année / mois / jour

Date de fin du BCF (voir 3C) : _____ Heure de fin du BCF : _____
Année / mois / jour

Durée approximative du BCF _____ jour (s) _____ Heure (s)

ID du BCF : _____

Marge d'erreur du thermomètre °C : _____

4. État du (des) produit(s)

- Intact Gel apparent Boîte(s) endommagée(s)
 Présence de particule ou de solution brouillée Décongélation visible
 Autre, précisez : _____

5. Information complémentaire en cas de réclamation à l'assureur

Description du réfrigérateur /congélateur (s'il y a lieu) ↗

- Domestique Commercial

Marque : _____ Modèle : _____ Année : _____

Date du dernier entretien : _____

Réparation du réfrigérateur/congélateur à la suite du bris de la chaîne de froid : Oui Non

Date de la réparation : _____ Nature de la réparation : _____

Date de toute autre intervention : _____ Intervention effectuée : _____

Si une réparation a été effectuée, conservez les pièces justificatives incluant les pièces défectueuses remplacées pour l'enquête et l'expertise de la réclamation.



6. Information à remplir par les établissements privés (ne faisant pas partie de l'AQESSS)

Site assuré contre la perte de vaccins : Oui Non

Si oui, montant de la franchise de l'assurance (\$) : _____

Dans le réfrigérateur : Valeur totale des vaccins achetés sur le marché privé \$ _____

La valeur des vaccins provenant du Ministère sera calculée par l'équipe de planification régionale de la vaccination.

7. Grille d'inventaire des vaccins touchés par le bris de chaîne de froid

Nom de l'établissement : _____

Date de l'incident : ____ / ____ / ____

Code de l'établissement: _____ Réfrigérateur identification : _____ Localisation : _____

Date du signalement : ____ / ____ / ____
année / mois / jour

Section réservée au requérant

Section réservée à l'équipe de planification régionale de la vaccination pour évaluation ¹

Nom commercial	Format	N° lot	Date d'expiration	Si vaccin en format unidose, quantité en doses ²	Si vaccin en fiole multi doses		Vaccin public (√)	Vaccin privé (√)	Date du bris antérieur/ T*/durée (s'il y a lieu)	N° produit Sigma Santé	Code de produit SI-PMI	Produits à conserver ¹ (√)	Produits à détruire (√)	Coûts estimés (\$)
					# Fiole(s) complète(s) non entamée(s)	# doses restantes si fiole entamée								
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

NE PAS OUBLIER D'ENVOYER VOTRE GRILLE DE TEMPÉRATURE AVEC VOTRE FORMULAIRE

Signature du requérant : _____

Signature de l'évaluateur à la DSISP : _____

Total (\$)

1. Création d'un BCF dans SI-PMI, selon les modalités de la région.
2. Nombre de doses touchées par le BCF (excluant les fioles multi doses)