

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ÉVALUATION DE PRODUITS IMMUNISANTS EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID (BCF)

À remplir au moment de la découverte du BCF
et déclarer au répondant régional de la gestion des produits immunisants
par courriel (vaccins.cisss-ca@ssss.gouv.qc.ca) ET par téléphone (418 386-4230)

Date du signalement : _____ (aaaa/mm/jj)

1. IDENTIFICATION

A) Requérant

Nom : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Courriel : _____ Télécopieur : *(numériser et envoyer par courriel svp)*

B) Établissement/Clinique/Autre

Établissement public

Établissement privé

Nom : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

_____ Code postal : _____

Courriel : _____

C) Responsable administratif (suivi de facturation)

Nom : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

_____ Code postal : _____

Courriel : _____

Veillez-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 par la Direction de santé publique.

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, etc.)

Date : _____ (aaaa/mm/jj) Heure : _____

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

Date : _____ (aaaa/mm/jj) Heure : _____

B) Circonstances de l'incident

Lors du transport Congelé Réfrigéré

Date d'emballage : _____ (aaaa/mm/jj) Heure d'emballage : _____

Date de déballage : _____ (aaaa/mm/jj) Heure de déballage : _____

Lors de l'entreposage Autres

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 : _____

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

Autre, précisez : _____

Autre information pertinente : _____

3. DESCRIPTION DU BRIS DE LA 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 : _____ (aaaa/mm/jj) Heure : _____

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

B) Dernière date, heure et température au moment où la température était hors norme

Date : _____ (aaaa/mm/jj) Heure : _____

Température de la pièce : _____ °C

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

C) Dernière date, heure où les vaccins ont été remis dans une unité d'entreposage à des températures recommandées (fin du BCF)

Date : _____ (aaaa/mm/jj) Heure : _____

D) Type de thermomètre/indicateur de température utilisé

Thermomètre à enregistrement graphique Thermomètre Minima-Maxima avec sonde dans le glycol

Thermomètre numérique intégré au réfrigérateur avec ou sans sonde

Indicateur de chaleur Enregistreur numérique (Template)

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 aussi une copie de la feuille graphique ou des enregistrements, par courriel (vaccins.cisss-ca@ssss.gouv.qc.ca).

À L'USAGE DE LA DSP

Début du BCF (voir 3A) : Date : _____ (aaaa/mm/jj) Heure : _____
Début de fin du BCF (voir 3C) : Date : _____ (aaaa/mm/jj) Heure : _____
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 particules 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 : _____ (aaaa/mm/jj)
Réparation du réfrigérateur/congélateur à la suite du bris de la chaîne de froid : Oui Non
Date de la réparation : _____ (aaaa/mm/jj) Nature de la réparation : _____
Date de toute autre intervention : _____ (aaaa/mm/jj) 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 MSSS sera calculée par la DSPublique*

7. GRILLE D'INVENTAIRE DES PRODUITS IMMUNISANTS TOUCHÉS PAR LE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID

Nom de l'établissement : _____ Date de l'incident : _____ (aaaa/mm/jj)

Code de l'établissement : _____ Identification du réfrigérateur : _____ Localisation : _____ Date du signalement : _____ (aaaa/mm/jj)

Section réservée au requérant										Section réservée au répondant de la DSPublique pour évaluation ¹				
Nom commercial	Format	N° lot	Date d'expiration (aaaa/mm/jj)	Vaccin unidose	Fiole multidose		Vaccin public (✓)	Vaccin privé (✓)	Date du bris antérieur/ T°/durée (s'il y a lieu) (aaaa/mm/jj)	N° produit Sigma Santé	Code de produit SI-PMI	Produits à conserver ³ (✓)	Produits à détruire (✓)	Coûts estimés (\$)
				Quantité en dose ²	Fiole complète non entamée	# 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"/>				<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"/>	
													Total (\$)	

Signature du requérant : _____ Signature de l'évaluateur à la DSPublique : _____

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 multidoses).
3. Inscire sur chaque dose de vaccin : 1^{er}, 2^e ou 3^e bris, la date, la température et la durée de l'exposition OU Inscire sur chaque dose de vaccin, le sous-lot produit par SI-PMI + numéro d'identité fourni par la DSPublique

Faire parvenir les sections 1 à 7 du présent formulaire, dûment remplies, à la Direction de santé publique : par courriel (vaccins.cisss-ca@ssss.gouv.qc.ca) ou télécopieur (418 389-1560) ET déclarer le bris par téléphone (418 386-4230).