

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

À remplir au moment de la découverte du BCF et
acheminer à l'Équipe régionale en gestion des
vaccins de l'Estrie via courriel :

gestionvaccinsestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

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

1. Identification

Établissement public

Établissement privé

A) Requérant

Nom : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Courriel : _____ Télécopieur : _____

B) Établissement/Clinique/Autre

Nom : _____ N° du site de vaccination _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

C) Responsable administratif (pour suivi de facturation, le cas échéant)

Nom : _____ Téléphone : _____ Poste : _____

Adresse : _____ Télécopieur : _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____

**VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE TOUS LES VACCINS VISÉS PAR L'INCIDENT SOIENT CONSERVÉS
DANS UNE UNITÉ D'ENTREPOSAGE QUI MAINTIEN LA TEMPÉRATURE RECOMMANDÉE SELON LES
VACCINS ET MIS EN QUARANTAINE JUSQU'À LA RÉCEPTION DU RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION PAR
L'ÉQUIPE RÉGIONALE EN GESTION DES VACCINS DE L'ESTRIE.**

2. Incident (cause 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. : début panne électrique, porte mal fermée, ...) ↗

Date: _____ Heure : _____
Année / mois / jour

Date et heure de la **fin de l'incident** si connue (ex. : fin panne électrique, porte refermée,...) ↗

Date : _____ Heure : _____
Année / mois / jour

B) Circonstances de l'incident

Lors du transport : Réfrigéré Congelé

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

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

Lors de l'entreposage : Réfrigéré Congelé

Autre

Précisez : _____

C) Raison de l'incident

Colis oubliés à la température de la pièce Défaillance du réfrigérateur / congélateur

Délais trop longs dans le transport Emballage inadéquat

Mauvais réglage de l'alarme du réfrigérateur / congélateur 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 : _____

Autre information pertinente ↗

3. Description du bris de la chaîne de froid

A) Dernière date, heure et température minimale et maximale inscrites sur **le relevé de température où ces dernières se situaient** dans les valeurs recommandées **avant le BCF** ↗

Date: _____ Année / mois / jour Heure : _____ ↗ Réfrigérateur / congélateur : Minimale : _____
Maximale : _____

B) Date, heure et température au moment de la découverte où la température était **hors norme** ↗

Date: _____ Année / mois / jour Heure : _____

Température de la pièce _____ °C Températures du réfrigérateur / congélateur ↗

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: _____ Année / mois / jour Heure : _____

D) Type de thermomètres/indicateurs de température utilisé ↗

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

Thermomètre numérique intégré au réfrigérateur / congélateur avec ou sans sonde Indicateur de chaleur Indicateur de froid

Enregistreur numérique (Temptale)

Autre, précisez : _____

Marge d'erreur du thermomètre : ± _____ °C

E) Lecture des indicateurs de froid et de chaleur utilisés lors du transport (S'il y a lieu) ↗

Froid : _____ Chaleur : _____

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 DE L'ÉQUIPE RÉGIONALE EN GESTION DES VACCINS

Date du début du BCF voir 3A ou 2A,
selon la cause :

_____ 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)

Marge d'erreur du thermomètre : _____ °C Température d'exposition lors du BCF : _____ °C

ID du BCF : _____ ID du retour : _____

4. État du (des) vaccin(s)

- Intact Gel apparent Boîte(s) endommagée(s)
 Présence de particule ou de solution brouillée
 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 / congélateur : Valeur totale des vaccins achetés sur le marché privé \$ _____

La valeur des vaccins provenant du Ministère sera calculée par l'Équipe régionale en gestion des vaccins de l'Estrie

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

Nom de l'établissement : _____

Date de l'incident : _____ / _____ / _____

année mois jour

N° du site de vaccination: _____ Localisation (Identification du réfrigérateur / congélateur) : _____

Date du signalement : _____ / _____ / _____

année mois jour

Section réservée au requérant

Section réservée à l'Éq. rég. en GV pour évaluation

Nom commercial	Format	N° lot	Date d'expiration	Quantité boîtes complètes ¹	Fiole multidose ou boîte incomplète		Vaccin public (✓)	Vaccin privé (✓)	Bris antérieur (s'il y a lieu)	Vaccins à conserver ² (✓)	Vaccins à détruire (✓)
					Fiole multidose complète non entamée	#doses restantes dans une fiole ou boîte entamée			Date / T° /durée		
				boîte(s)	fiole(s)	dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				boîte(s)	fiole(s)	dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				boîte(s)	fiole(s)	dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				boîte(s)	fiole(s)	dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				boîte(s)	fiole(s)	dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				boîte(s)	fiole(s)	dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				boîte(s)	fiole(s)	dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				boîte(s)	fiole(s)	dose(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Signature du requérant : _____

Signature de l'évaluateur à l'Éq. rég. en GV : _____

Total du coût estimé de la perte

(\$)

1. Nombre de boîtes non ouvertes qui sont touchées par le BCF (excluant les fioles multidoses).
2. Inscrire sur chaque dose de vaccin : 1^{er}, 2^e ou 3^e bris, la date, la température et la durée de l'exposition.

☞ Faire parvenir les sections 1 à 7 du présent formulaire dûment remplies à l'Éq. rég. en gestion des vaccins de l'Estrie par courriel : gestionvaccinsestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

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

GUIDE D'UTILISATION

1. Identifications

Date du signalement	Date à laquelle l'incident a été signalé à l'Équipe régionale en gestion des vaccins. Le formulaire doit être rempli au même moment que le signalement et acheminé au répondant régional de la gestion des produits immunisants.
Nom et coordonnées du requérant	Nom, numéro de téléphone, de télécopieur et courriel de la personne qui fait le signalement.
Nom et coordonnées de l'établissement/clinique/autre	Nom et adresse complète du lieu de l'incident ainsi que le numéro du site de vaccination alloué par l'Équipe régionale en gestion des vaccins.
Nom et coordonnées du responsable administratif pour facturation	Nom, numéro de téléphone, de télécopieur, code postal, numéro de téléphone et courriel de la personne à qui sera acheminée la facturation, s'il y a lieu.

2. Incident

A) Description de l'incident

Date et heure du début de l'incident	Préciser l'année, le mois, le jour, l'heure (de 0 à 24 heures) du début de la cause de l'incident, si connue.
Date et heure de la fin de l'incident	Préciser l'année, le mois, le jour, l'heure (de 0 à 24 heures) de la fin de la cause de l'incident, si connue.

B) Circonstances de l'incident

Lors du transport	Si l'incident est survenu lors du transport : Préciser si le transport est pour des vaccins réfrigérés ou congelés. Préciser l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) à laquelle les vaccins ont été emballés pour le transport. Ainsi que l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) à laquelle les vaccins ont été déballés et mis dans un réfrigérateur/congélateur qui maintient la température dans la norme.
Lors de l'entreposage	Cocher si l'incident est survenu lors de l'entreposage (bris du réfrigérateur/congélateur, porte laissée ouverte, vaccins trouvés sur un comptoir, etc.). Préciser si l'entreposage est pour des vaccins réfrigérés ou congelés.
Autre	Préciser toute autre circonstance de l'incident.

C) Raison de l'incident

Raison de l'incident	Cocher la raison probable ou Autre et précisez.
Autre information pertinente	Préciser toute autre information pertinente liée à la raison de l'incident.
Panne électrique	Préciser la cause de la panne. (Par exemple : coupure par la compagnie d'électricité ou coupure planifiée par l'établissement, etc.)

3. Description du bris de la chaîne de froid

A) Dernière date, heure et température minimale et maximale inscrites sur le relevé des lectures de température où ces dernières se situaient dans les valeurs recommandées avant le BCF	Préciser l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) de la dernière inscription sur la feuille de relevé de température du réfrigérateur/congélateur. Préciser la dernière température minimale et maximale notée sur la feuille de relevé de température du réfrigérateur/congélateur qui se situait dans la norme avant le BCF (ou aux valeurs recommandées dans le congélateur, le cas échéant).
B) Date et heure et température au moment où la température était hors norme	Préciser l'année, le mois, le jour, l'heure (de 0 à 24 heures) lors de la découverte du BCF.
C) Date et heure où les vaccins ont été remis dans une unité d'entreposage à des températures recommandées (fin du BCF) ↻	Préciser l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) à laquelle les vaccins ont été déplacés dans un autre réfrigérateur/congélateur ou dans une glacière qui maintient la température dans la norme. Si les vaccins sont demeurés dans le réfrigérateur/congélateur qui affiche une température hors norme, préciser l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) à laquelle la température minimale et maximale du réfrigérateur/congélateur sont revenues dans la norme.
D) Type de thermomètre/ indicateurs de température utilisé	Préciser s'il s'agit d'un thermomètre à enregistrement graphique, un thermomètre digital minima-maxima, numérique.
Marge d'erreur du thermomètre	Préciser la marge d'erreur en °C du thermomètre utilisé.
E) Lecture des indicateurs chimiques	Si des indicateurs de gel et de chaleur ont été utilisés lors du transport, décrire le résultat de la vérification de ces indicateurs.

À l'usage de l'Équipe régionale en gestion des vaccins

Durée approximative du BCF	Calculer l'intervalle entre la date et l'heure inscrites au point 3A ou 2A, selon la cause et celles inscrites au point 3C. Ex. : intervalle entre le 16 mai à 16 h et le 17 mai à 17 h = 25 h. L'équipe régionale en gestion des vaccins procèdera au calcul de la durée approximative du BCF en fonction des circonstances de l'incident.
-----------------------------------	---

4. État du (des) vaccin(s)

État du (des) vaccins(s)	Cocher l'état du (des) vaccin(s) au moment de la découverte de l'incident.
---------------------------------	--

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

Description du réfrigérateur/congélateur	Décrire le réfrigérateur/congélateur en cause (s'il y a lieu) et indiquer l'information pertinente sur celui-ci, si des réparations ont été effectuées.
---	---

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

Montant de la franchise de l'assurance	Préciser si le site est assuré contre la perte de vaccins ou non. Si oui, préciser le montant de la franchise de l'assurance.
Valeur totale en \$\$ des vaccins achetés sur le marché privé	Préciser en \$\$ la valeur des vaccins privés acquis par l'établissement.

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

Inscrire en haut de la grille le nom de l'établissement, son code d'enregistrement et la localisation touchée par le BCF (réfrigérateur/congélateur).

Remplir la section du requérant en indiquant : le nom commercial du vaccin, le format, le n° de lot, la date d'expiration, la quantité de boîtes complètes de chacun des vaccins impliqués, le nombre de fioles multidoses non entamées, ainsi que le nombre de doses restantes dans une fiole multidose ou une boîte entamée, s'il y a lieu.

Cochez vaccin public si les vaccins proviennent de l'Équipe régionale en gestion des vaccins ou vaccin privé si c'est un achat.

Précisez la date, la température et la durée du bris antérieur s'il y a lieu.

La personne qui a rempli cette grille doit apposer sa signature au bas de la grille.

**Transmettre le formulaire rempli et une copie de la feuille des relevés
des dernières lectures de température, le plus rapidement possible
à l'Équipe régionale en gestion des vaccins de l'Estrie**

Par courriel : gestionvaccinsestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Vous pouvez communiquer avec nous du lundi au vendredi de 8h30 à 16h30 au 819 346-1110 poste 57616