|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| À remplir au moment de la découverte du BCF et acheminer à l’adresse [immunisation.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:immunisation.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca) | **Date du signalement :** |  | | **/** |  | **/** |  |
|  | | | **année mois jour** | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Identifications** | Établissement public | Établissement privé |

|  |
| --- |
| 1. **Requérant** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  | Téléphone : |  | Poste : |  |
| Courriel : |  | Télécopieur : |  | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Établissement/Clinique/Autre** | | | | | |
| Nom : |  | Téléphone : |  | Poste : |  | |
| Adresse : |  | Télécopieur : |  | | | |
|  |  | Code postal : |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **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 par la Direction de santé publique (DSPub). |

|  |
| --- |
| 1. **Incident (ce qui a provoqué le bris de la chaine de froid)** |

1. **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 | |  | | | | |

1. **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 : | | |  | | | | | | |

1. **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 : |  | | | | |
| Autre information pertinente ⮷ | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **Description du bris de chaîne de froid** |

1. **Dernière date, heure et températures actuelles, minimales et maximales 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 : |  |  | 🢡 | Température de l’unité d’entreposage : | Actuelle : Minimale : |  |
|  | Année / mois / jour |  | | | | | | Maximale : |  |

1. **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 |

1. **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 |  | | | |

1. **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 |  | Indicateur de froid |
|  | Enregistreur numérique (Temptale) | | | | | | | |
| Autre, précisez : |  | | | | | | |

1. **Lecture des dispositifs de surveillance de la température utilisés lors du transport (s’il y a lieur) ⮷**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 DE LA DSP** | | | | | | | | | |
| 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 : | | |  | |
|  | | |  | |  | |  | | |

|  |
| --- |
| 1. **État du (des) produit(s)** |

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

|  |
| --- |
| 1. **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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **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 la DSPub**

|  |
| --- |
| 1. **Grille d’inventaire des produits immunisants 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 au répondant de la DSPub pour évaluation 1** | | | | | | | | | | |
| Nom commercial | Format | | No 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) | No produit Sigma Santé | | Code de produit SI-PMI | Produits à conserver3 (√) | | Produits à détruire (√) | | Coûts estimés ($) | | | |
| # Fiole(s) complète(s) non entamée(s) | | # doses restantes si fiole entamée |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  | |  |  | |  | |  | | | |
| **Signature du requérant :** | |  | | | | | | **Signature de l’évaluateur à la DSP :** | | | | | |  | | | | | |  |  | **Total ($)** | | | |  | | | |

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)
3. Inscrire sur chaque dose de vaccin : 1er, 2e ou 3e bris, la date, la température et la durée de l’exposition **OU** Inscrire sur chaque dose de vaccin, le sous lot produit par SI-PMI + numéro d’identité fourni par la DSPub
4. ☞ **Faire parvenir les sections 1 à 6 du présent formulaire dûment remplies à la Direction de santé publique**