

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

À remplir au moment de la découverte du bris de chaîne de froid (BCF) et acheminer à l'Équipe de la Gestion des vaccins de l'Estrie via courriel : [gestionvaccinsestrie.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gestionvaccinsestrie.ciusse-chus@ssss.gouv.qc.ca)

Date du signalement :		Heure du signalement :	
-----------------------	--	------------------------	--

### 1. Identification

Établissement public ☐ Établissement privé ☐

#### A) Personne requérante

Nom :			
Titre :			
Téléphone :		Poste :	
Courriel :			

#### B) Site de vaccination

Nom :	
# du site :	
Adresse :	

#### C) Personne responsable du Suivi administratif / Gestionnaire / Direction

Nom :			
Titre :			
Téléphone :		Poste :	
Courriel :			

Placer tous les produits immunisants concernés **EN QUARANTAINE**, dans un sac ou un panier identifié par une étiquette portant la mention « **BCF : NE PAS UTILISER** », jusqu'à l'évaluation par l'équipe de Gestion des vaccins.

Assurez que tous les produits immunisants impliqués sont conservés dans un appareil réfrigérant qui maintient la température adéquate d'entreposage (**entre 2 °C et 8 °C**, ou selon les recommandations du PIQ pour les vaccins congelés).

## 2. Description de l'incident

Produits immunisants : Réfrigérés ☐ Congelés ☐

### A) Cause de l'incident

<input type="checkbox"/>	Colis oubliés à la température ambiante	<input type="checkbox"/>	Inondation ou autre catastrophe
<input type="checkbox"/>	Défaillance de l'appareil réfrigérant	<input type="checkbox"/>	Panne électrique
<input type="checkbox"/>	Délais trop longs durant le transport	<input type="checkbox"/>	Emballage inadéquat
<input type="checkbox"/>	Erreur humaine (Ex : Porte mal refermée, débranchement accidentel, etc)	<input type="checkbox"/>	Défaillance du dispositif de la surveillance de la température
<input type="checkbox"/>	Autre :		

### B) Type d'appareil réfrigérant ou glacière

<input type="checkbox"/>	Réfrigérateur spécialisé	<input type="checkbox"/>	Congélateur - 20 °C
<input type="checkbox"/>	Réfrigérateur domestique sans givre	<input type="checkbox"/>	Congélateur - 60 °C à - 80 °C
<input type="checkbox"/>	Réfrigérateur de type bar	<input type="checkbox"/>	Glacière
<input type="checkbox"/>	Réfrigérateur domestique à dégivrage manuel	<input type="checkbox"/>	Aucun
<input type="checkbox"/>	Autre :		

### C) Type de dispositif de la surveillance de la température

<input type="checkbox"/>	Thermomètre numérique Min-Max avec sonde	<input type="checkbox"/>	Enregistreur de données numériques avec sonde
<input type="checkbox"/>	Thermomètre numérique Min-Max avec capteur (sans sonde)	<input type="checkbox"/>	Enregistreur de données numériques avec capteur (sans sonde)
<input type="checkbox"/>	Thermomètre numérique intégré dans l'appareil réfrigérant	<input type="checkbox"/>	Enregistreur de données graphiques
<input type="checkbox"/>	Indicateur Chaleur / Gel	<input type="checkbox"/>	Sonde immergée dans une fiole de glycol
<input type="checkbox"/>	Autre :		

### Autre information pertinente :


### 3. Circonstance de l'incident

A) Veuillez indiquer la circonstance de l'incident en cochant l'option correspondante

<input type="checkbox"/> BCF survenu lorsque produits immunisants / colis laissés à l'air ambiant						
Date, heure et température au moment de la <b>découverte</b> :						
Date :				Heure :		
Température :	Actuelle :		Min :		Max :	
État des indicateurs Chaleur / Gel :						
Présence et l'état des accumulateurs de froid (Ice Packs) :						
Température ambiante de la pièce :						

<input type="checkbox"/> BCF survenu lors du transport						
Date, heure et température lors de l' <b>emballage</b> :						
Date :				Heure :		
Température :	Actuelle :		Min :		Max :	
Date, heure et température lors du <b>déballage</b> :						
Date :				Heure :		
Température :	Actuelle :		Min :		Max :	
État des indicateurs Chaleur / Gel :						
Présence et l'état des accumulateurs de froid (Ice Packs) :						

<input type="checkbox"/> BCF lors de la conservation dans un appareil réfrigérant						
Date, heure et température du <b>début de l'incident</b> :						
Date :				Heure :		
Température :	Actuelle :		Min :		Max :	
Date, heure et température de la <b>fin de l'incident</b> :						
Date :				Heure :		
Température :	Actuelle :		Min :		Max :	

Veillez joindre une copie de **TOUS** les relevés de température depuis le **DÉBUT** du BCF jusqu'à la **REMISE** des produits immunisants à une température adéquate d'entreposage.

### C) Déplacement des vaccins

Les produits ont été transférés temporairement dans un appareil réfrigérant ou une glacière ? : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>					
Localisation :					
Date :			Heure :		
Température :	Actuelle :		Min :		Max :
<input type="checkbox"/>	Réfrigérateur spécialisé		<input type="checkbox"/>	Congélateur - 20 °C	
<input type="checkbox"/>	Réfrigérateur domestique sans givre		<input type="checkbox"/>	Congélateur - 60 °C à - 80 °C	
<input type="checkbox"/>	Réfrigérateur de type bar		<input type="checkbox"/>	Glacière	
<input type="checkbox"/>	Réfrigérateur domestique à dégivrage manuel		<input type="checkbox"/>	Aucun	
<input type="checkbox"/>	Autre :				

**NB :** Assurez une surveillance accrue de la température de l'unité d'entreposage temporaire à l'aide d'un dispositif de surveillance de la température et l'utilisation d'un relevé de température. Les produits immunisants ne doivent **EN AUCUN CAS** être laissés sans surveillance.

### 4. État des produits immunisants au moment de la découverte

<input type="checkbox"/>	Intact	<input type="checkbox"/>	Boîte(s) ou fioles endommagée(s)
<input type="checkbox"/>	Gel apparent	<input type="checkbox"/>	Présence de particules ou de solution brouillée
<input type="checkbox"/>	Autre :		

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

Description de l'appareil réfrigérant (s'il y a lieu)			
Type d'appareil réfrigérant :			
Marque :		Modèle :	
Année :		# de série :	
Date du dernier entretien :			
Réparation effectué à la suite du BCF :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Date :	
Nature de la réparation :			

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. Informations à remplir par les établissements privés

Site assuré contre la perte de vaccins :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si oui, montant de la franchise de l'assurance (\$) :	
Valeur totale des produits immunisants achetés sur le marché privé (\$) :	
<i>La valeur des produits immunisants provenant du MSSS sera calculée par l'Équipe en Gestion des vaccins de l'Estrie (sites autres que les pharmacies communautaires)</i>	

## Pour usage de l'Équipe régionale en Gestion des vaccins de l'Estrie

Date du début du BCF :		Heure :	
Date de la fin du BCF :		Heure :	
Durée du BCF :			
Température (incluant la marge d'erreur) :			
État des indicateurs Chaleur / Gel :			
# BCF SI-PMI :			

# SI-# BCF SI-PMI :

[illegible]

Date :

Date :

# SI-# BCF SI-PMI :

[illegible]

Date :

Date :



Transmettre le formulaire et tous les relevés de température  
à l'Équipe régionale en gestion des vaccins de l'Estrie par courriel  
à l'adresse : [gestionvaccinsestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca](mailto:gestionvaccinsestrie.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca)  
Entre 8h00 et 16h15, du lundi au vendredi,  
vous pouvez nous rejoindre au (819) 346-1110 poste : 57616

On vous réfère au site internet de Santé Estrie dans lequel vous trouverez  
tous les formulaires et procédures nécessaires à la gestion des vaccins :

<https://www.santeestrie.qc.ca/professionnels/ressources-pour-les-professionnels/outils-pour-les-vaccinateurs>

## GUIDE D'UTILISATION

1. Identifications	
<i>Date du signalement</i>	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.
<i>Nom et coordonnées de la personne requérante</i>	Nom, numéro de téléphone, de télécopieur et courriel de la personne qui fait le signalement.
<i>Nom et coordonnées du site de vaccination</i>	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.
<i>Nom et coordonnées de la personne responsable du suivi administratif et de la facturation</i>	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. Description de l'incident	
Cause de l'incident	Cocher la raison probable ou Autre et précisez.
Type d'appareil réfrigérant ou de contenu isotherme	Cocher le type d'appareil réfrigérant ou de contenu isotherme ou Autre et précisez.  <i>Guide des normes et pratiques en gestion des vaccins, MSSS, 2021 ; Section 3.2 page 9</i>
Type de dispositif de la surveillance de la température	Cocher le type de dispositif de la surveillance de la température ou Autre et précisez.  <i>Guide des normes et pratiques en gestion des vaccins, MSSS, 2021 ; Section 4.2 page 13</i>
Autre information supplémentaire	Préciser toute autre information pertinente liée à la raison de l'incident.

3. Données de la température et de durée d'exposition	
Découverte du bris de chaîne de froid (BCF)	Cocher la raison probable ou Autre et précisez.
Type d'appareil réfrigérant ou de contenu isotherme	Cocher le type d'appareil réfrigérant ou de contenu isotherme ou Autre et précisez.  <i>Guide des normes et pratiques en gestion des vaccins, MSSS, 2021 ; Section 3.2 page 9</i>
Type de dispositif de la surveillance de la température	Cocher le type de dispositif de la surveillance de la température ou Autre et précisez.  <i>Guide des normes et pratiques en gestion des vaccins, MSSS, 2021 ; Section 4.2 page 13</i>
Autre information supplémentaire	Préciser toute autre information pertinente liée à la raison de l'incident.

4. État du (ou des) produits immunisants	
Intact	Le produit est en bon état, sans altération visible. La boîte ou le flacon ne présente aucun dommage, et la solution est claire, conforme aux spécifications du fabricant.

Gel apparent	Le gel apparent se manifeste par une texture visiblement plus visqueuse et peut présenter des filaments ou une structure cristalline. Dans certains cas, des stries ou une séparation des composants peuvent également être observées.
Boîte(s) ou fioles endommagées	L'emballage ou le flacon du vaccin présente des signes visibles de détérioration (fissures, fuite, écrasement, perforation). Un contenant endommagé.
Présence de particules ou de solution brouillée	La solution du produit immunisant contient des particules visibles ou apparaît trouble

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

Décrire l'appareil réfrigérant en cause (s'il y a lieu) et indiquer l'information pertinente sur celui-ci, si réparations ont été effectuées.

#### 6. Informations à remplir par les établissements privés

Site assuré contre la perte de vaccins :	Précisez si votre établissement dispose d'une assurance couvrant les pertes de vaccins en cas de bris d'équipement, vol ou autres incidents.
Si oui, montant de la franchise de l'assurance (\$) :	Si vous disposez d'une assurance, inscrivez ici le montant de la franchise applicable en cas de réclamation. Ce montant correspond à la somme que votre site de vaccination doit assumer avant que l'assurance ne couvre les pertes.
Valeur totale des produits immunisants achetés sur le marché privé (\$) :	Préciser en \$\$ la valeur des vaccins privés acquis par l'établissement.

#### 7. Grille d'inventaire

Remplir la section du requérant en indiquant : le nom commercial du vaccin, le format, le # de lot, la date d'expiration, la quantité de boîtes complètes ou incomplètes de chacun des vaccins impliqués, le nombre de fioles multidoses entamées ou non entamées, s'il y a lieu.

Précisez le # ID du bris de chaîne antérieur (BCF), s'il y a lieu.