

## NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIA DE ROTURA DE LA CADENA DE FRÍO

PUESTO DE VACUNACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL RESPONSABLE: \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE CONTACTO: \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Fecha en la que se produjo la incidencia: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

- **Motivo de la incidencia:**

- ❖ **Por aumento de Tª:**

- Duración de la incidencia: \_\_\_\_ hora/as
    - Tª actual del producto: \_\_\_\_ °C
    - Tª del frigorífico máxima registrada: \_\_\_\_ °C
    - Tª del frigorífico mínima registrada: \_\_\_\_ °C

- ❖ **Por congelación:**

- Duración de la incidencia: \_\_\_\_ hora/as
    - Tª actual del producto: \_\_\_\_ °C
    - Tª del frigorífico máxima registrada: \_\_\_\_ °C
    - Tª del frigorífico mínima registrada: \_\_\_\_ °C

- **Descripción de la incidencia:**

(Explicación de lo ocurrido adjuntando documentación relativa: fotografías, albaranes de recepción, etc.):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

• **Vacunas afectadas por la excursión térmica:**

❖ Bexsero®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Beyfortus® 50 mg	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Beyfortus® 100 mg	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Boostrix®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Diftavax®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ EngerixB® 10 mg	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ EngerixB® 20 mg	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Fendrix® 20 mcg	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Gardasil® 9	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Havrix® 720	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Havrix® 1440	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ HBVaxpro 5 mcg	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Hiberix®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Imovax® polio	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Infarix-Hexa®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Infarix-IPV®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Nimenrix®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Prevenar 20®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Priorix®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ ProQuad®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Rotateq®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Shingrix®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Tetraxim®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Varivax®	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Otras	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Otras	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Otras	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Otras	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Otras	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Otras	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Otras	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Otras	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____
❖ Otras	Nº dosis: ____/____	Lote: ____/____	Caducidad: _____