

## 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 acheminer au répondant régional de la gestion des produits immunisants

Date du signalement :        /        /         
Année Mois Jour

### 1. Identification

Établissement public  Établissement privé

#### A) Requéérant

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

#### B) Établissement/Clinique/Autre

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

#### C) Responsable administratif (suivi de facturation)

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

VEUILLEZ VOUS ASSURER QUE TOUS LES PRODUITS IMMUNISANTS VISÉS PAR L'INCIDENT  
SOIENT CONSERVÉS AU RÉFRIGÉRATEUR ENTRE 2 °C ET 8 °C ET MIS EN QUARANTAINE  
JUSQU'À LA RÉCEPTION DU RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION  
PAR LA DIRECTION RÉGIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE (DRSP).







## 7. Grille d'inventaire des produits immunisants touchés par le bris de la chaîne de froid

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

Date de l'incident : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Code de l'établissement : \_\_\_\_\_ Identification du réfrigérateur : \_\_\_\_\_ Localisation : \_\_\_\_\_

Date du signalement : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Section réservée au requérant										Section réservée au répondant de la DSP pour évaluation <sup>1</sup>					
Nom commercial	Format	N° lot	Date d'expiration	Quantité en doses <sup>2</sup>	Fiole multidose		Vaccin public (√)	Vaccin privé (√)	Date du bris antérieur/ T°/durée (s'il y a lieu)	N° produit SigmaSanté	Code de produit SI-PMI	Produits à conserver <sup>3</sup> (√)	Produits à détruire (√)	Coûts estimés (\$)	
					Fiole complète non entamée	# doses restantes dans 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"/>							
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 multidoses).
3. Inscrire sur chaque dose de vaccin : 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> 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 DSP.

**Faire parvenir les sections 1 à 6 du présent formulaire dûment remplies à la Direction régionale de santé publique de votre région.**

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

**GUIDE D'UTILISATION**

**1. Identification**

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

**2. Incident**

**A) Description de l'incident**

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

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

**C) Causes de l'incident**

<b>Cause de l'incident</b>	Cocher la case correspondant à la cause probable. S'il s'agit d'une cause autre que celles énumérées, cocher <i>Autre</i> , et préciser.
<b>Autre information pertinente</b>	Préciser toute autre information pertinente liée à la cause de l'incident.
<b>Panne électrique</b>	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

<b>A) Dernière date, heure et température minimale et maximale inscrites sur le relevé des lectures de température où ces dernières se situaient dans la norme entre 2°C et 8°C avant le BCF</b>	<p>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.</p> <p>Préciser la dernière température minimale et maximale notée sur la feuille de relevé de température du réfrigérateur qui se situait dans la norme entre 2°C et 8°C avant le BCF.</p>
<b>B) Date et heure et température au moment où la température était &lt; 2°C ou &gt; 8°C, soit hors norme</b>	<p>Préciser l'année, le mois, le jour, l'heure (de 0 à 24 heures) lors de la découverte de l'incident.</p>
<b>C) Date et heure où les produits immunisants ont été remis à une température entre 2°C et 8°C ou emballés adéquatement dans une glacière (fin du BCF)</b>	<p>Préciser l'année, le mois, le jour et l'heure (de 0 à 24 heures) à laquelle les produits immunisants ont été déplacés dans un autre réfrigérateur ou dans une glacière qui maintient la température dans la norme.</p> <p>Si les produits immunisants sont demeurés dans le réfrigérateur 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 sont revenues dans la norme.</p>
<b>D) Type de thermomètre/indicateurs de température utilisé</b>	<p>Préciser s'il s'agit d'un thermomètre à enregistrement graphique, un thermomètre digital minima-maxima, numérique.</p>
<b>E) Lecture des indicateurs chimiques</b>	<p>Si des indicateurs de gel et de chaleur ont été utilisés lors du transport, décrire le résultat de la vérification de ces indicateurs.</p>

### À l'usage de la Direction régionale de santé publique

<b>Durée approximative du BCF</b>	<p>Calculer l'intervalle entre la date et l'heure inscrites au point 3A et celles inscrites au point 3C. Ex. : intervalle entre le 16 mai à 16 h et le 17 mai à 17 h = 25 h.</p> <p>La DSP procédera au calcul de la durée approximative du BCF en fonction des circonstances de l'incident.</p>
-----------------------------------	--

### 4. État du (des) produit(s)

<b>État du (des) produits(s)</b>	<p>Cocher l'état du (des) produit(s) au moment de la découverte de l'incident.</p>
----------------------------------	--

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

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

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

<b>Montant de la franchise de l'assurance</b>	<p>Préciser si le site est assuré contre la perte de produits immunisants. Si oui, préciser le montant de la franchise de l'assurance.</p>
<b>Valeur totale en \$ des vaccins achetés sur le marché privé</b>	<p>Préciser en \$ la valeur des vaccins privés.</p>

## 7. Grille d'inventaire des produits immunisants touchés par le bris de la chaîne de froid

Si applicable, inscrire en haut de la grille le code de l'établissement, l'identification et la localisation du réfrigérateur.

Remplir la section du requérant en indiquant : le nom commercial du produit, le format, le n° de lot, la date d'expiration, la quantité en doses des produits impliqués ainsi que le nombre de doses restantes dans une fiole multidose.

Cocher *vaccin public* si les vaccins proviennent de la santé publique ou *vaccin privé* s'il s'agit d'un achat.

Préciser 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 celle-ci.

**Transmettre le formulaire rempli et une copie de la feuille des relevés  
des dernières lectures de température, le plus rapidement possible  
à la direction régionale de santé publique**

par télécopieur : \_\_\_\_\_

ou

par courriel : \_\_\_\_\_