Santé Québec

DEMANDE D'ÉVALUATION DES VACCINS EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID (BCF)

Date du signalement :

Année / mois / jour

À remplir au moment de la découverte du BCF et acheminer à l'équipe de gestion des vaccins de votre secteur :

- CISSS de la Montérégie-Centre via : gestion.vaccins.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca
- CISSS de la Montérégie-Ouest via : gestion.vaccins.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca
- CISSS de la Montérégie-Est via : gestion.vaccins.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca

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 (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 MAINTIENT LA TEMPÉRATURE RECOMMANDÉE SELON LES VACCINS ET MIS EN QUARANTAINE JUSQU'À LA RÉCEPTION DU RÉSULTAT DE L'ÉVALUATION PAR L'ÉQUIPE DE GESTION DES VACCINS DE VOTRE SECTEUR

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 — Heure : minute

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

Date : _____ Heure : _____
Année / mois / jour — Heure : minute

B) Circonstances de l'incident

☐ Lors du transport : ☐ Réfrigéré ☐ Congelé

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

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

☐ Lors de l'entreposage : ☐ Réfrigéré ☐ Congelé

☐ Autre, préciser : _____

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 : _____

Résumé de l'incident :

_____

_____

_____

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 : _____ Heure : _____ Réfrigérateur / congélateur : Minimale : _____

Année / mois / jour Heure : minute Maximale : _____

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

Date : _____ Heure : _____

Année / mois / jour Heure : minute

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: _____ Heure : _____

Année / mois / jour Heure : minute

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, préciser :

☐ Autre, préciser : _____

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 DE 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) VACCINS(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.**
- **Les vaccins devant être détruits à la suite de l'évaluation faite par l'équipe de gestion des vaccins de la Montérégie de votre secteur doivent également être conservés pour l'enquête et l'expertise de la réclamation. Ils devront être détruits par la suite.**

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 de gestion des vaccins de votre secteur

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'évaluation**	
Nom commercial	Format	N° lot	Date d'expiration	Quantité en doses[1]	Fiole multidoses		Vaccin public (√)	Vaccin privé (√)	Bris antérieur (s'il y a lieu)	Vaccins à conserver[2] (√)	Vaccins à détruire (√)
					Fiole multidoses complète (non entamée)	Doses restantes dans une fiole			Date / T° /durée		
							☐	☐		☐	☐
							☐	☐		☐	☐
							☐	☐		☐	☐
							☐	☐		☐	☐
							☐	☐		☐	☐
							☐	☐		☐	☐
							☐	☐		☐	☐
							☐	☐		☐	☐

Signature du requérant : _____ **Signature de l'évaluateur :** _____ **Total du coût estimé de la perte** **($)**

1. Nombre de fioles ou seringues qui sont touchées par le BCF (excluant les fioles multidoses).
2. Inscrire sur chaque dose de vaccin : 1er, 2e ou 3e 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'équipe de gestion des vaccins de votre secteur Montérégie (Est, Ouest ou Centre)

DEMANDE D'ÉVALUATION DES VACCINS pour 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 de gestion des vaccins de la Montérégie. 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 la Direction de santé publique.
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 qui se situait dans la norme entre 2°C et 8°C 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 de gestion des vaccins de la Montérégie

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 GV 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 nº de lot, la date d'expiration, la quantité de boîtes complètes de chacun des vaccins impliqués (incluant le nombre de paquets de 10 doses de Twinrix junior et Rotarix non ouverts), le nombre de fioles multidoses non entamées, ainsi que le nombre de doses restantes dans une fiole multidoses ou une boîte entamée, s'il y a lieu.

Cochez vaccin public si les vaccins proviennent du Ministère 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 aussitôt à l'équipe de gestion des vaccins de votre secteur le formulaire rempli et une copie de la feuille des relevés des dernières lectures de température, s'il y a lieu :

Par courriel :

- **CISSS de la Montérégie-Centre via : gestion.vaccins.cisssmc16@ssss.gouv.qc.ca**
- **CISSS de la Montérégie-Ouest via : gestion.vaccins.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca**
- **CISSS de la Montérégie-Est via : gestion.vaccins.cisssme16@ssss.gouv.qc.ca**