

16. Anexos

Instructivo registro diario

ANTIFIEBRE TIFOIDEA	Escriba de acuerdo con la dosis que se encuentre suministrando, teniendo en cuenta la siguiente clasificación:	1	Primera dosis
		2	Segunda dosis
ANTIRRÁBICA HUMANA	Escriba de acuerdo con la dosis que se encuentre suministrando, teniendo en cuenta la siguiente clasificación:	1	Primera dosis
		2	Segunda dosis
		3	Tercera dosis
		4	Cuarta dosis
		5	Quinta dosis
		6	Sexta dosis
		7	Séptima dosis
ESQUEMA COMPLETO PARA LA EDAD	Escriba si el vacunado completó el esquema de vacunación o no, de acuerdo con la siguiente clasificación:	1	Sí
		2	No
CONDICIÓN DEL USUARIO	Indique cuál es la condición del vacunado, de acuerdo con la siguiente clasificación:	1	Mujer embarazada
		2	Mujer de 10 a 49 años, no embarazada
		3	Niño
		4	Hombre mayor de 50 años
		5	Mujer mayor de 50 años
NOMBRE DE VACUNADOR	Escriba el nombre de la persona que se encuentra vacunando.		
REACCIÓN ADVERSA ANTERIOR	Escriba si el vacunado presentó reacción adversa a alguna vacuna (nómbrela) en una aplicación previa.		
NÚMERO DE FACTURA	Escriba el número de la factura.		
OBSERVACIONES	Si tiene observaciones adicionales, escribalas.		



16. Anexos

Listado codigos EPS

EPS RÉGIMEN SUBSIDIADO	
CCF001	COMFAMILIAR CAMACOL - ANTIOQUIA
CCF002	COMFAMA - ANTIOQUIA
CCF015	COMFACOR - CÓRDOBA
CCF018	CAFAM
CCF029	COMFAMILIAR - RISARALDA
CCF035	CAFABA - BARRANCABERMEJA
CCF037	COMFENALCO - TOLIMA
CCF040	COMFACARTAGO
CCF054	COMFENALCO - CUNDINAMARCA
CCF055	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR CAJACOPI
EPS002	Salud Total S.A. EPS
EPS003	Cafesalud EPS S.A.
EPS009	EPS Prog. Comfenalco Antioquia
EPS014	Humana Vivir S.A. EPS
EPS016	Coomeva EPS S.A.
EPS020	Caprecom EPS
EPS022	EPS CONVIDA
EPS025	CAPRESOCA EPS
EPS026	SOLSALUD EPS S.A.
EPS028	CALISALUD EPS
EPS030	EPS CÓNDROR S.A.
EPS031	SELVASALUD S.A. EPS
EPS033	SALUD VIDA EPS
ESS002	EMPRESA MUTUAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA SALUD ESS
ESS024	COOSALUD LTDA. - CARTAGENA
ESS062	ASOCIACIÓN MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD ESS
ESS076	ASOCIACIÓN MUTUAL BARRIOS UNIDOS DE QUIBDÓ ESS
ESS091	EMPRESA COOPERATIVA SOLIDARIA DE SALUD - ECOOPSOS
ESS115	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD MALLAMAS EPSI
ESS118	EMSSANAR ESS - NARIÑO
ESS133	COOPSAGAR LTDA.
ESS164	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD, PIJAOSALUD EPSI
ESS170	PROMOTORA DE SALUD GUAITARAY EPSI
ESS177	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DUSAKAWIYEPSI - CESAR
ESS182	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA - AIC
ESS184	ASOCIACIÓN DE CABILDOS CÓRDOBA-SUCRE MANEXKA
ESS197	ESS SALUD SARARE LTDA.
ESS203	TAYRONA EPS INDÍGENA
ESS207	MUTUAL SER ESS
ESS208	ANAS WAYUU EPS INDÍGENA
UT-001	CajaSalud ARS UT
UT-002	COMFAMILIARES UT
UT-003	UT ARS COMFENALCO
UT-004	UT CONVENIO COMFAMA-COMFAMILIAR CAMACOL



16. Anexos

Listado codigos EPS

EPS RÉGIMEN CONTRIBUTIVO	
EAS001	Fondo de Previsión Social del Congreso de la República
EAS005	Corp. Eléctrica Costa Atlántica CORELCA
EAS010	Serv. de Salud de la Corporación Autónoma Regional
EAS014	División de Servicio Médico - Municipio de Santiago de Cali
EAS016	Empresas Públicas de Medellín-Departamento Médico
EAS019	Caja de Previsión Social de la Superintendencia Banc.
EAS022	Instituto Colombiano de Reforma Agraria -INCORA
EAS027	Fondo de Pasivo Social de los Ferrocarriles Nales.
EAS029	Dirección Servicio Médico y Odonto. de la E.A.A.B.
EPS001	Salud Colmena EPS S.A.
EPS002	Salud Total S.A. EPS
EPS003	Cafesalud EPS S.A.
EPS005	EPS Sanitas S.A.
EPS006	Instituto de Seguros Sociales EPS
EPS008	Compensar EPS
EPS009	EPS Prog. Comfenalco Antioquia
EPS010	SuSalud EPS - Suramericana
EPS011	Colseguros EPS
EPS012	Comfenalco Valle EPS
EPS013	EPS Saludcoop
EPS014	Humana Vivir S.A. EPS
EPS015	EPS Servicios Médicos Colpatria
EPS016	Coomeva EPS
EPS017	EPS Famisanar LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO
EPS018	E.P.S Servicio Occidental de Salud S.A. EPS-S.O.S.
EPS020	Caprecom EPS
EPS023	Cruz Blanca EPS S.A.
EPS024	Cajanal EPS
EPS026	Solsalud S.A. EPS
EPS033	SALUDVIDA S.A. EPS
EPS034	SALUDCOLOMBIA EPS S.A.
EPS035	RED SALUD ATENCIÓN HUMANA EPS S.A.



16. Anexos

Listado codigos EPS

EMPRESAS DE MEDICINA PREPAGADA Y PLANES COMPLEMENTARIOS	
EPS008	Compensar EPS
EPS009	EPS Prog. Comfenalco Antioquia
EPS010	SuSalud EPS - Suramericana
EPS017	EPS Famisanar LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO
EPS018	EPS Servicio Occidental de Salud S.A. EPS-S.O.S.
EMP002	CAFESALUD
EMP012	HUMANA
EMP014	MEDISALUD
EMP015	MEDISANITAS
EMP017	COLMEDICA
EMP019	SALUD COLPATRIA
EMP021	SUSALUD
EMP022	VIVIR
EMP023	COLSANITAS S. A.
EMP025	COMFENALCO VALLE
EMP028	COOMEVA

16. Anexos

resumen mensual



16. Anexos

NOMBRE: _____

ME PROTEJE DE	EDAD	DOSIS	FECHA DE APLICACION			LABORATORIO	NÚMERO DE LOTE	IPS VACUNADORA	FECHA PRÓXIMA CITA			NOMBRE DEL VACUNADOR
			DD	MM	AA				DD	MM	AA	
TUBERCULOSIS B.C.G.	Recién Nacido	0										
	2º Mes	1ra										
	4º Mes	2da										
	6º Mes	3ra										
	1 año después de la 3ra dosis	1er refuerzo										
POLIO (Oral – IM)	5 Años	2do refuerzo										
	Recién Nacido	0										
	2º Mes	1ra										
	4º Mes	2da										
	6º Mes	3ra										
	2º Mes	1ra										
	4º Mes	2da										
	6º Mes	3ra										
	2º Mes	1ra										
	4º Mes	2da										
	6º Mes	3ra										
	1 año después de la 3ra dosis	1er refuerzo										
	PENTAVALENTE	5 Años	2do refuerzo									
6 – 17 Meses		1ra										
7 – 18 Meses		2da										
Cada Año		Annual										
Cada Año		Annual										
1 Año		Única										
Cada 10 Años		Refuerzo										
1 Año		1ra										
5 Años		2da										
2º Mes		1ra										
OTRAS	5 Años	2da										
	2º Mes	1ra										
	4º Mes	2da										
	6º Mes	3ra										
	1 año después de la 3ra dosis	1er refuerzo										
	2º Mes	1ra										
	4º Mes	2da										
	6º Mes	3ra										
	A partir de los 12 Meses	1ra										
	A partir de los 12 Meses	2da										
SARAMPIÓN – RUBÉOLA – PAPERAS (SRP)	1 Año	1ra										
	5 Años	2da										
	2º Mes	1ra										
NEUMOCOCCO (Heptavalente)	4º Mes	2da										
	6º Mes	3ra										
	1 año después de la 3ra dosis	1er refuerzo										
ROTAVIRUS	2º Mes	1ra										
	4º Mes	2da										
	6º Mes	3ra										
VARICELA	A partir de los 12 Meses	1ra										
	A partir de los 12 Meses	1ra										
	A partir de los 12 Meses	2da										
HEPATITIS A	A partir de los 12 Meses	1ra										
	A partir de los 12 Meses	2da										
	A partir de los 12 Meses	1ra										
HEPATITIS B	A partir de los 12 Meses	1ra										
	A partir de los 12 Meses	2da										
	A partir de los 12 Meses	1ra										
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b (Hib)	A partir de los 12 Meses	1ra										
	A partir de los 12 Meses	2da										
	A partir de los 12 Meses	3ra										
DIFTERIA – TOSFERINA – TETANOS (DPT)	A partir de los 12 Meses	1ra										
	A partir de los 12 Meses	2da										
	A partir de los 12 Meses	3ra										
HEBRE AMARILLA	A partir de los 12 Meses	Única										
	A partir de los 12 Meses	Refuerzo										
	A partir de los 12 Meses	1ra										
MEININGOCOCCO	A partir de los 12 Meses	1ra										
	A partir de los 12 Meses	2da										
	A partir de los 12 Meses	1ra										



16. Anexos

Instrucciones para diligenciar el carné de vacunación Variables del formato

Alcance

El presente formato debe ser diligenciado en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas del país que atienden partos, a partir del 1º de enero de 2008. El carné de vacunación debe expedirse a todo recién nacido vivo atendido en la institución.

El reemplazo del carné de vacunación de la población objeto del PAI, es decir, menores de seis años de edad, sólo se puede hacer en los siguientes casos:

- Deterioro extremo del carné original
- Ilegibilidad por tiempo de uso
- Ruptura del carné: “está hecho pedazos”

Otra condición para el reemplazo, es que el carné original quede como constancia en el kardex de vacunación de la IPS que expide el nuevo carné o que se anexe a la historia clínica del niño.

En ningún caso y por ningún motivo, este nuevo carné reemplaza el “carné de salud infantil”, por la necesidad de dar continuidad a los registros de crecimiento y desarrollo (manejo de curvas).

Objetivos

Saber cuáles vacunas ha recibido el menor, dejar constancia de la aplicación de los biológicos del programa regular, y dar continuidad y completar el esquema de vacunación infantil.

1. Portada

Nombre: escriba los nombres y apellidos completos del recién nacido. Si aún no tiene nombre, deben colocarse los apellidos paterno y materno.

Fecha de nacimiento: anote la fecha de nacimiento del recién nacido, siempre en números arábigos y en el orden: día mes año /dd/mm/aaaa/ es decir, que para el día se cuenta con dos espacios (del primero al 31 de cada mes: 01 a 31), al igual que para el mes (de enero a diciembre: 01 a 12) y para el año se deben digitar los cuatro números correspondientes al año de nacimiento del menor; por ejemplo, los nacidos el 25 de enero del año 2008 deben registrar así: 25/01/2008.

Número de certificado de nacido vivo: registre el número del certificado de nacido vivo expedido por la institución que atendió el parto, documento legal que se entrega a la madre del menor para que lo registre posteriormente.

(RC) NUIP: anote el número de registro civil (RC) o número único de identificación personal (NUIP). Recuerde que es el número de 10 dígitos que se encuentra en uno de los extremos del formulario o documento; si no, se encuentra en alguna de las primeras casillas de identificación del menor en el formato.

Sexo: registre como “hombre”, si el recién nacido es del sexo masculino, y “mujer”, si es del sexo femenino.



16. Anexos

Dirección: anote la dirección con nomenclatura completa de la vivienda del recién nacido. En caso de ser procedente del área rural o que la vivienda no tenga nomenclatura, deben escribirse las indicaciones para la identificación o el acceso a la vivienda del recién nacido.

Teléfono: registre un número telefónico fijo donde se ubique a los padres o cuidadores del recién nacido y, en lo posible, anote un número de teléfono celular.

Responsable: anote los nombres y apellidos de la persona responsable del recién nacido.

Municipio: registre el nombre del municipio de residencia del recién nacido.

Departamento: registre el nombre del departamento al que pertenece el municipio de residencia del recién nacido.

Cara interna

Nombre: anote los nombres y apellidos completos del recién nacido. Si aún no tiene nombres, deben colocarse los apellidos paterno y materno.

A continuación encuentra un formato con 9 columnas correspondientes a:

- **Me protege de:** menciona cada enfermedad contra la que protege cada uno de los productos biológicos que hacen parte del esquema regular del PAI. Es importante anotar que, además, se encuentran las vacunas no contempladas en el PAI como “otras”.

- **Edad:** se encuentran las edades ideales de aplicación para cada biológico y por número de dosis. Su utilidad adicional es poder medir también la concentración de cada una de las vacunas.

- **Dosis:** registra el número de dosis correspondiente al calendario vacunal, de acuerdo con la edad de aplicación y el biológico.

- **Fecha de aplicación:** consta de tres columnas correspondientes al registro de día (dd) mes (mm) y año (aa). Recuerde que se deben utilizar números arábigos.

- **Laboratorio:** corresponde al fabricante del producto biológico.

- **Número de lote:** es el número con el que el laboratorio identifica la producción de la vacuna.

- **IPS vacunadora:** es el nombre de la entidad que presta el servicio de vacunación a la población objeto del PAI.

- **Fecha de próxima cita:** consta de tres columnas correspondientes al registro de día (dd), mes (mm) y año (aa). Recuerde que se deben utilizar números arábigos y escribir con lápiz. Indica la fecha en que los padres o cuidadores del menor deben regresar para continuar o finalizar el esquema de vacunación.

- **Nombre del vacunador:** corresponde al nombre del funcionario de la institución, auxiliar o profesional que realiza el procedimiento de vacunación al recién nacido.



16. Anexos

Observe que para cada producto biológico se encuentra DESAGREGADO por edad y número específico de dosis, un registro con 6 variables correspondientes a las anteriormente mencionadas. Por lo tanto, esta cara interna se debe diligenciar de la siguiente manera:

Tuberculosis

Recién nacido, dosis cero (0): registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote y nombre de la IPS vacunadora. Para esta vacuna no se deben registrar datos en la variable de “fecha de la próxima cita” debido a que ésta es de dosis única en el esquema. Finalmente, registre el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

Polio (oral – IM)

2º mes, primera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

4º mes, segunda dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

6º mes, tercera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

Un (1) año después de la 3ª dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna. Corresponde al primer refuerzo con este biológico.

5 años: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote y nombre de la IPS vacunadora. Para esta vacuna no se deben registrar datos en la variable de “fecha de la próxima cita” debido a que ésta es la última dosis del esquema. Finalmente, registre el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna. Corresponde al segundo refuerzo con este biológico.

Pentavalente

Es la presentación que contiene cinco inmunógenos: hepatitis B, Haemophilus influenzae tipo b, difteria, tétanos y tos ferina. Por lo tanto, cada producto inmunobiológico se debe registrar de manera INDEPENDIENTE, de acuerdo con la edad y el número de dosis. A continuación se refiere la forma en que se debe registrar la aplicación de cada biológico aplicado.



16. Anexos

Hepatitis B

Recién nacido, dosis cero (0): registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

2º mes, primera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

4º mes, segunda dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

6º mes, tercera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote y nombre de la IPS vacunadora. Para esta vacuna no se deben registrar datos en la variable de “fecha de la próxima cita”, debido a que ésta es la última dosis del esquema. Finalmente, registre el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

Haemophilus influenzae tipo b (Hib)

2º mes, primera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

4º mes, segunda dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

6º mes, tercera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote y nombre de la IPS vacunadora. Para esta vacuna no se deben registrar datos en la variable de “fecha de la próxima cita”, debido a que ésta es la última dosis del esquema. Finalmente, registre el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

Difteria, tos ferina y tétanos (DPT)

2º mes, primera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.



16. Anexos

4º mes, segunda dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

6º mes, tercera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

Un (1) año después de la 3ª dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna. Corresponde al primer refuerzo con este biológico.

5 años: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote y nombre de la IPS vacunadora. Para esta vacuna no se deben registrar datos en la variable de “fecha de la próxima cita” debido a que ésta es la última dosis del esquema. Finalmente, registre el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna. Corresponde al segundo refuerzo con este biológico.

Influenza (gripe)

Es una vacuna estacional, por lo que se aplica según la disponibilidad de la vacuna y al grupo de edad entre 6 y 23 meses de edad.

6-22 meses, 1ª dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

7-23 meses: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna. Corresponde a la última dosis de primovacunación; posteriormente, cada refuerzo se aplica de manera anual.

Cada año: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna. Corresponde al primer refuerzo posterior a haber recibido el esquema de primovacunación.

Cada año: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor



16. Anexos

de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna. Corresponde al segundo refuerzo posterior a haber recibido el primer refuerzo.

Sarampión, rubéola y paperas (SRP)

Un (1) año, 1ª dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

Cinco (5) años, 2ª dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote y nombre de la IPS vacunadora. Para esta vacuna no se deben registrar datos en la variable de “fecha de la próxima cita”, debido a que ésta es la última dosis del esquema. Finalmente, registre el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

Neumococo (heptavalente)

2º mes, primera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

4º mes, segunda dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del

laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

6º mes, tercera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

Un (1) año después de la 3ª dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote y nombre de la IPS vacunadora. Para esta vacuna no se deben registrar datos en la variable de “fecha de la próxima cita”, debido a que ésta es la última dosis del esquema. Finalmente, registre el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna. Corresponde al primer y único refuerzo con este biológico.

Rotavirus

2º mes, primera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

4º mes, segunda dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de



16. Anexos

lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

6º mes, tercera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote y nombre de la IPS vacunadora. Para esta vacuna no se deben registrar datos en la variable de “fecha de la próxima cita”, debido a que ésta es la última dosis del esquema. Finalmente, registre el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

Varicela

A partir de los 12 meses primera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) solamente en caso de requerirse según recomendación del fabricante y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

Hepatitis A

A partir de los 12 meses, primera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) solamente en caso de requerirse según recomendación del fabricante y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna.

Meningococo

A partir de los 12 meses, primera dosis: registre la fecha de aplicación como día/mes/año; el nombre del laboratorio productor de la vacuna, número de lote, nombre de la IPS vacunadora, fecha de la próxima cita (a lápiz) solamente en caso de requerirse según recomendación del fabricante y, finalmente, el nombre del vacunador responsable de haber realizado la aplicación de la vacuna. Es una vacuna utilizada en zonas endémicas.

3. Cara posterior

Citas programadas

Consta de 4 grupos de columnas distribuidos así:

- **Fecha:** consta de tres columnas correspondientes a el registro de día (dd), mes (mm) y año (aa); recuerde que se deben utilizar números arábigos.
- **Hora:** consta de una única columna para registrar la hora de la cita.
- **Clase de cita:** compuesta por 4 columnas en las que se discrimina la especialidad que atenderá la consulta.
- **Cumplió:** es columna única para referir si el menor acudió o no a la cita programada.

Se debe diligenciar de la siguiente manera:

Fecha: registre la fecha en la que se ha programado la cita del menor, como día, mes y año (dd/mm/aa), en números arábigos y con dos espacios para cada uno de ellos



16. Anexos

Hora: diligencie la hora en la que se está citando al menor para recibir la atención por la especialidad programada; luego del horario, complemente si se trata de las horas de la mañana (a.m.) o las horas de la tarde (p.m.).

Clase de cita: marque con “X” en la columna correspondiente a la especialidad que atenderá

al menor de acuerdo con la programación realizada, es decir, si se trata de una consulta médica, de enfermería, de odontología o para medición de agudeza visual.

Cumplió: el día programado para la atención del menor y según la clase de cita, si el menor asistió o no a la consulta programada.



16. Anexos

Certificado de vacunación del adulto

Este carné es válido en Colombia
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

Consérvelo

En caso de requerir el Certificado Internacional de Vacunación ó
Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

Libertad y Orden

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO



Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



Libertad y Orden **Certificado de Vacunación del Adulto**

Nombres:			
Apellidos			
Documento de Identidad:	CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> PASA <input type="checkbox"/> PORTE <input type="checkbox"/>	No. 	
Fecha de Nacimiento:	Día: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Mes: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Año: <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico Td	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Contra Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Fecha	Fabricante y Lote	Validez	Firma
Contra Fiebre Amarilla				
Contra Influenza				
Otras				

16. Anexos

Instrucciones para diligenciar el certificado de vacunación del adulto

Con el objeto de realizar el correcto diligenciamiento del certificado de vacunación del adulto, se dan las siguientes instrucciones.

Registre los datos solicitados en el certificado de vacunación, en forma clara, legible y en letra manuscrita

Cara uno. Identificación

Nombres: registre el primero y segundo nombres del vacunado; si sólo tiene un nombre, registre ese únicamente.

Apellidos: registre el primero y segundo apellidos del vacunado; si sólo tiene un apellido, registre ese únicamente.

Documento de identidad: marque con una X el tipo de documento que presenta el vacunado, sea cédula de ciudadanía (CC), tarjeta de identidad (TI) o pasaporte.

En el espacio correspondiente a N, registre el número del documento de identidad presentado.

Fecha de nacimiento

Día: en este espacio, registre en números arábigos el día de nacimiento del vacunado, iniciando con 01 al 09 y, así, sucesivamente.

Mes: en este espacio, registre en números arábigos el mes de nacimiento del vacunado, iniciando con 01 al 09 y, de allí, sucesivamente.

Año: en este espacio, registre en números arábigos el año de nacimiento del vacunado. Diligencie los cuatro espacios requeridos (por ejemplo, 1978).

Cara dos. Cuerpo del carné

Columna Fecha: en este espacio, registre con números arábigos y con dos dígitos (en el siguiente orden: día, mes, año) los datos correspondientes a la fecha de la aplicación de la vacuna respectiva, en la fila correspondiente (por ejemplo: 06-11-05).

Columna Fabricante y lote: en este espacio, registre con letra manuscrita, clara y legible, el laboratorio productor de la vacuna que está aplicando y, en números arábigos, el lote de la vacuna, en la fila correspondiente. Estos datos se deben tomar del recipiente en que viene la vacuna.

Columna Firma: registre con letra manuscrita, clara y legible, el nombre y apellido de la funcionaria que aplica la vacuna correspondiente, en la fila que corresponda.

Columna Validez: algunas vacunas tienen un periodo de efectividad, al cabo del cual se debe aplicar el respectivo refuerzo; tal es la situación de las vacunas de fiebre amarilla y de influenza. En este caso, registre con letra manuscrita, clara y legible, y en números arábigos, el número de años de efectividad de la vacuna (por ejemplo, fiebre amarilla: 10 años. influenza: 1 año), según las indicaciones que informe el laboratorio productor.

Fila Otras: registre aquí otro tipo de vacuna por aplicar al adulto y diligencie correctamente todas las columnas correspondientes.



16. Anexos

Información para los médicos

1. Las fechas para la vacunación en cada certificado deben ser registradas de la siguiente manera: día, mes, año - el mes en letras. Ejemplo: 1 de enero de 2001, se escribe como 1 enero 2001.
2. Si la vacunación está contraindicada por recomendación médica, el médico debe proporcionar al viajero un certificado indicando por escrito su opinión, que las autoridades sanitarias deben tener en cuenta.
3. Las exigencias de los países en materia de vacunación están publicadas por la OMS en el libro “Viajes internacionales y salud”. Las autoridades sanitarias nacionales facilitan la información sobre los centros de vacunación internacional autorizados para vacunar contra fiebre amarilla.
4. El médico debe considerar siempre que su paciente puede tener una enfermedad asociada con su viaje.

Information for physicians

1. The dates for vaccination on each certificate are to be recorded in the following sequence: day, month, year – the month in letters. Example: January 1, 2001 is written 1 January 2001.
2. If vaccination is contraindicated on medical grounds, the physician should provide the

traveller with a written opinion, which health authorities should take into account.

3. Vaccination certificate requirements of countries are published by WHO in “International travel and health”. Information on designated yellow fever vaccinating centres is available from local or national health offices.
4. The physician should always consider that his/her patient may have a travel-associated illness.

Renseignements destinés aux médecins

1. La date de la vaccination doit être portée sur les certificats dans l'ordre suivant: jour, mois, année – le mois étant indiqué en toutes lettres. Exemple: 1er janvier 2001.
2. Si la vaccination est contre-indiquée pour raison médicale, le médecin doit fournir au voyageur une attestation indiquant son opinion, dont l'autorité sanitaire aux frontières doit tenir compte.
3. Les exigences des pays en matière de vaccination sont publiées par l'OMS dans la brochure Voyages internationaux et santé. Les renseignements sur les centres habilités à pratiquer la vaccination contre la fièvre jaune sont disponibles auprès des autorités sanitaires locales ou nationales.
4. Le médecin doit toujours tenir compte du fait que son patient peut être atteint d'une maladie liée à un voyage.



16. Anexos

Certificado internacional de vacunación o de profilaxis
International certificate of vaccination or prophylaxis
Certificat international de vaccination ou de prophylaxie

Reglamento Sanitario Internacional
International Health Regulations (2005)
Règlement sanitaire international (2005)

Expedido a * Issued to * Délivré à

Número del pasaporte o del documento de identificación
Passport number or travel document number
Numéro du passeport ou du document de voyage



Libertad y Orden
República de Colombia
Ministerio de la Protección Social



16. Anexos

Nota

Fiebre amarilla

La única enfermedad designada específicamente en el Reglamento Sanitario Internacional (2005), para la cual la certificación de la vacunación o de profilaxis se puede requerir como condición para la entrada a un país o estado, es la fiebre amarilla. Al administrar esta vacuna, el clínico debe escribir “fiebre amarilla” en el espacio previsto en este certificado para tal fin.

Este mismo certificado también será utilizado en caso de que el Reglamento sea modificado o exista una recomendación por parte de Organización Mundial de la Salud para designar otra enfermedad. Este certificado es válido únicamente si la vacuna o profilaxis usada ha sido aprobada por la Organización Mundial de la Salud.

Este certificado debe ser firmado por el clínico, quien puede ser el médico u otro trabajador de la salud autorizado, que haya supervisado la administración de la vacuna o de la profilaxis. El certificado también debe llevar el sello oficial del centro que la administra; sin embargo, esto no será aceptado como un sustituto para la firma.

Cualquier enmienda, tachadura, borradura u omisión de cualquiera de los datos requeridos, podrá acarrear la invalidez del presente certificado. La validez de este certificado se extenderá hasta la fecha indicada para la vacunación o profilaxis de en particular.

El certificado será diligenciado completamente en inglés o en francés. El certificado se puede también completar en otra lengua en el mismo documento, además de inglés o de francés.

Note

Yellow fever

The only disease specifically designated in the International Health Regulations (2005) for which proof of vaccination or prophylaxis may be required as a condition of entry to a State Party, is yellow fever. When administering this vaccine, the clinician must write “Yellow fever” in the space provided on this certificate.

This same certificate will also be used in the event that these Regulations are amended or a recommendation is made by the World Health Organization to designate another disease. This certificate is valid only if the vaccine or prophylaxis used has been approved by the World Health Organization.

This certificate must be signed in the hand of the clinician, who shall be a medical practitioner or other authorized health worker, supervising the administration of the vaccine or prophylaxis. The certificate must also bear the official stamp of the administering centre; however, this shall not be an accepted substitute for the signature.

Any amendment of this certificate, or erasure, or failure to complete any part of it, may render it invalid.

The validity of this certificate shall extend until the date indicated for the particular vaccination or prophylaxis. The certificate shall be fully completed in English or in French. The certificate may also be completed in another language on the same document, in addition to either English or French.



16. Anexos

Avertissement

Fièvre jaune

La seule maladie spécifiquement visée par le Règlement sanitaire international (2005) pour laquelle la preuve de la vaccination ou de la prophylaxie peut être exigée comme condition d'entrée dans un Etat Partie, est la fièvre jaune. Lorsqu'il administre ce vaccin, le clinicien doit écrire «Fièvre jaune» dans l'espace prévu sur ce certificat.

Ce même certificat sera également employé au cas où le Règlement serait modifié ou au cas où une recommandation serait faite par l'Organisation mondiale de la Santé pour indiquer une autre maladie.

Ce certificat n'est valable que si le vaccin ou l'agent prophylactique utilisé a été approuvé par

l'Organisation mondiale de la Santé.

Ce certificat doit être signé de la main du clinicien – médecin ou autre agent de santé agréé – qui supervise l'administration du vaccin ou de l'agent prophylactique; il doit aussi porter le cachet officiel du centre habilité qui ne peut, toutefois, être considéré comme tenant lieu de signature.

Toute correction ou rature sur le certificat ou l'omission d'une quelconque des informations demandées peut entraîner sa nullité.

Ce certificat est valable jusqu'à la date indiquée pour le vaccin ou l'agent prophylactique administré. Il doit être établi intégralement en anglais ou en français. Le même certificat peut aussi être établi dans une autre langue, en plus de l'anglais ou du français.



16. Anexos

CERTIFICADO INTERNACIONAL DE LA VACUNACIÓN O DE LA PROFILAXIS / INTERNATIONAL CERTIFICATE OF VACCINATION OR PROPHYLAXIS / CERTIFICAT INTERNATIONAL DE VACCINATION OU DE PROPHYLAXIE
<p>Certifica que</p> <p>...</p> <p>This is to certify that [name] / Nous certifions que [nom]</p> <p>Fecha de nacimiento Sexo Nacionalidad</p> <p>...</p> <p>date of birth / né(e) le sex / de sexe nationality /et de nationalité</p> <p>Documento nacional de identificación.....</p> <p>national identification document / document d'identification national</p> <p>Cuya firma aparece a continuación:</p> <p>whose signature follows / dont la signature suit</p> <p>En la fecha indicada ha sido vacunado o recibido profilaxis contra (nombre de la enfermedad)</p> <p>.....</p> <p>has on the date indicated been vaccinated or received prophylaxis against (name of disease or condition) / a été vacciné(e) ou a</p> <p>reçu des agents prophylactiques à la date indiquée contre (nom de la maladie ou de l'affection)</p> <p>.....</p> <p>de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional / in accordance with the International Health Regulations / conformément au Règlement Sanitaire International</p>

Vacuna o profilaxis / Vaccine or prophylaxis / Vaccin ou agent prophylactique	Fecha / Date / Date	Firma y título del profesional que supervisa la aplicación / Signature and professional status of supervising clinician / Signature et titre du clinicien responsable	Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis / Manufacturer and batch no. of vaccine or prophylaxis / Fabricant du vaccin ou de l'agent prophylactique et numéro du lot	Certificado válido desde: hasta: / Certificate valid from: until: / Certificat valable à partir du : jusqu'au :	Sello oficial del centro de vacunación / Official stamp of the administering centre / Cachet officiel du centre habilité

INFORMACIÓN PARA LOS VIAJEROS

1. Durante las vacaciones o en viajes de trabajo, es muy común para los viajeros encontrarse frente a enfermedades que no existen o son raras en el país en el que viven. Los viajeros deben consultar al médico del centro de vacunación internacional más cercano, sobre las medidas que se deben tomar para protegerse contra estas enfermedades. Además de la vacunación contra la fiebre amarilla, que puede ser requerida para entrar en algunos países, pueden ser recomendables medidas de protección contra paludismo, poliomielitis, hepatitis infecciosa, difteria, tétanos y fiebre tifoidea. Otros posibles peligros para la salud, que no se deben pasar por alto, aunque son infrecuentes, incluyen los efectos de condiciones climáticas inusuales, estrés, enfermedades secundarias a higiene inadecuada, contacto con los insectos y animales, y lesiones físicas.
2. Si acude a la consulta médica por cualquier enfermedad a su regreso, no olvide informarle al doctor sobre cualquier viaje que usted haya hecho durante los doce meses anteriores a la consulta.
3. Para los requisitos de la vacunación, vea la “información para los médicos”.

INFORMATION FOR TRAVELERS

1. During holiday or business travel, it is very common for travelers to encounter diseases which either do not exist or have become rare in the country in which they live. Prospective travellers should seek advice from their physician or health department on measures to be taken to protect themselves from illness. In addition

to vaccination against yellow fever, which may be required to enter some countries, protective measures may be advisable against malaria, poliomyelitis, infectious hepatitis, diphtheria, tetanus, and typhoid fever.

Other potential health hazards, which although uncommon should not be overlooked, include the effects of unusual climatic conditions, mental strain, diseases resulting from inadequate hygiene, contact with insects and animals, and physical injuries.

2. Be sure to tell your doctor about any traveling you have done during the previous twelve months when consulting him/her about any illness after you return.
3. Vaccination requirements – See “Information for physicians”.

RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX VOYAGEURS

1. Il arrive qu’au cours de voyages, des personnes se trouvent exposées à des maladies qui n’existent pas ou sont devenues très rares dans leur pays. Vous devriez donc, avant tout voyage, vous enquérir auprès de votre médecin, ou du service de santé le plus proche, de ce qu’il faudrait faire pour vous prémunir.

En dehors de la vaccination contre la fièvre jaune qui est requise pour entrer dans quelques pays, il peut être indiqué de chercher à se protéger du paludisme, de la poliomyélite, de l’hépatite infectieuse, de la diphtérie, du tétanos et de la fièvre typhoïde. Parmi les autres dangers possibles pour la santé qui, quoique rares, ne doivent pas être négligés, figurent les effets de conditions climatiques inhabituelles, le stress, les maladies résultant de l’insalubrité,



16. Anexos

les contacts avec des insectes ou d'autres animaux et les lésions corporelles.

2. Si vous consultez votre médecin pour une maladie quelconque après votre retour, ne manquez pas de l'informer de tous les voyages que vous avez faits au cours des douze mois précédents.

3. Vaccinations exigées—voir «Renseignements destinés aux médecins».

PROTECCIÓN CONTRA PALUDISMO (MALARIA)

El paludismo, una enfermedad seria y a veces fatal, es endémica en muchos países tropicales y subtropicales. Usted NO puede ser vacunado contra la malaria, pero puede protegerse contra la picadura del mosquito (uso de los toldillos y de los repelentes del mosquito). Además, los medicamentos antipalúdicos pueden ser útiles, tomados regularmente para la protección y/o mantenidos en reserva para el tratamiento de emergencia, si la consulta o la asistencia médica no es posible. El riesgo de infección y la respuesta de los parásitos a los medicamentos son variables y cambiantes. Usted debe obtener asesoría referente al uso de antipalúdicos, de su doctor o de la institución especializada más cercana, o de la última edición de la publicación “Viajes internacionales y salud”, editada por la OMS.

Si usted toma las tabletas antipalúdicas de forma preventiva, debe hacerlo según prescripción médica y por el tiempo completo prescrito; deben ingerirse con una comida o poco después, nunca con el estómago vacío.

Ningún método puede garantizar protección

completa. El paludismo por *Plasmodium falciparum* puede ser fatal y debe sospecharse siempre que haya fiebre, con otros síntomas o sin ellos, que se presenten en cualquier momento entre una semana después de la primera posible exposición y tres meses (o aún más tiempo en casos raros) después de la última posible exposición. Usted debe buscar atención médica inmediata y decirle a su médico que ha estado en una región con paludismo.

PROTECTION AGAINST MALARIA

Malaria, a serious and sometimes fatal disease, remains endemic in a great many tropical and subtropical countries.

You cannot be vaccinated against malaria, but you can protect yourself against mosquito bites (use of mosquito nets, repellents). In addition, antimalarial tablets may be useful, taken regularly for protection and/or kept in reserve for the emergency treatment of a fever if medical care is not available.

The risk of infection and the response of the parasites to drugs are variable and changing. You should obtain advice concerning the use of anti-malarials from your doctor or from the nearest specialized institution, or from the latest edition of WHO's booklet International travel and health. If you take antimalarial tablets for protection, you should take them with absolute regularity as prescribed, and for the full duration prescribed, preferably not on an empty stomach but during or straight after a meal.

No method can guarantee complete protection. *Falciparum* malaria, which can be fatal, must always be suspected if fever, with or without other symptoms, develops at any time between



16. Anexos

one week after the first possible exposure to malaria and three months (or even later in rare cases) after the last possible exposure. You should seek medical attention immediately and tell your doctor that you have been in a malarious region.

PROTECTION CONTRE LE PALUDISME

Le paludisme, maladie grave, parfois mortelle, sévit encore à l'état endémique dans un très grand nombre de pays tropicaux et subtropicaux. Vous ne pouvez pas être vacciné contre le paludisme, mais vous pouvez vous protéger contre les piqûres de moustiques (usage de moustiquaires, répulsifs). En outre, les médicaments antipaludiques peuvent être utiles, lorsqu'ils sont pris régulièrement à titre préventif et/ou lorsqu'ils sont tenus en réserve pour le traitement d'urgence d'une fièvre en l'absence de soins médicaux. Le risque d'infection et la réponse des parasites aux médicaments sont variables et changeants.

Concernant l'utilisation de médicaments antipaludiques, veuillez consulter votre médecin, ou l'institution spécialisée la plus proche ou encore la dernière édition de la brochure de l'OMS Voyages internationaux et santé.

Si vous prenez des médicaments antipaludiques à titre préventif, il est nécessaire de les prendre de façon absolument régulière comme prescrits, et pendant toute la durée prévue, de préférence pendant ou immédiatement après un repas plutôt qu'à jeun.

Aucune méthode ne peut garantir une protection complète. Le paludisme à falciparum, qui peut être mortel, doit toujours être suspecté en cas d'épisode fébrile, accompagné ou non d'autres symptômes, survenant à un moment quelconque entre une semaine après la première exposition possible à l'infection et trois mois (ou même davantage dans des cas rares) après la dernière exposition possible. Ne manquez pas de consulter immédiatement votre médecin et de l'informer de votre séjour dans une région impaludée.



16. Anexos

Instrucciones para el diligenciamiento del certificado internacional de vacunación o de profilaxis

Alcance

El presente formato debe ser diligenciado en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas del país que defina cada ente territorial a partir de la fecha y, por tanto, debe ser expedido a todo viajero al exterior, donde se requiera su aplicación por riesgo epidemiológico.

- En caso de requerirse reemplazo de un carné de vacunación internacional antiguo o previo al reglamento sanitario internacional del 2005 y siempre y cuando la dosis aplicada esté vigente o sea válida, es decir, que aún no se haya cumplido el tiempo de 10 años para la siguiente aplicación de refuerzo, el personal de salud debe dejar el carné original como constancia en el kardex de vacunación de la IPS que realice la reposición o, en su defecto, se debe anexar a la historia clínica del usuario.

Este certificado responde a la normatividad del reglamento sanitario internacional del 2005, por lo que se encuentra en tres idiomas, español, inglés y francés. Su diligenciamiento es necesario solamente en el idioma del país donde sea expedido.

Objetivos

Entregar constancia de la aplicación de productos biológicos del viajero, poder conocer el antecedente de vacunación del usuario, y poder

dar continuidad y finalización a los esquemas de vacunación recomendados para su condición de viajero, y disminuir así el riesgo epidemiológico de enfermar tanto para él como para su comunidad.

Variables del formato

1. Portada

Expedido a: escriba los nombres y apellidos completos del usuario a quien se aplican los productos biológicos recomendados para el viajero.

Número del pasaporte o del documento de identificación: registre el número del pasaporte o del documento de identificación del usuario a quien le será expedido el certificado internacional de vacunación o de profilaxis.

2. Páginas 2 y 3

Presenta al portador del certificado, la información referente a la “fiebre amarilla” en los tres (3) idiomas reglamentarios.

3. Páginas 4 y 5

Corresponden al certificado internacional de la vacunación o de la profilaxis. Se deben diligenciar las siguientes variables.

Certifica que: escriba los nombres y apellidos completos del usuario a quien se aplica el o los productos biológicos.

Fecha de nacimiento: anote la fecha de nacimiento del usuario como día/mes/año.



16. Anexos

Sexo: registre como “hombre” si el usuario es del sexo masculino y “mujer”, si es del sexo femenino.

Nacionalidad: anote la nacionalidad del usuario.

Documento nacional de identificación: registre el número de documento de identificación del usuario en el país donde se expide el presente certificado.

Cuya firma aparece a continuación: solicítele al usuario escribir su firma en este espacio.

En la fecha ha sido vacunado o ha recibido profilaxis contra: registre en letra manuscrita, clara y legible, el nombre de las enfermedades contra las que se ha vacunado o ha recibido profilaxis el usuario, de acuerdo con el Reglamento Sanitario Internacional.

A continuación encuentra la descripción para el registro de cada producto administrado al usuario.

Vacuna o profilaxis: registre el nombre de cada vacuna o profilaxis administrada al usuario.

Fecha: anote la fecha en que aplica cada vacuna o profilaxis administrada al usuario.

Firma y título del profesional que supervisa la aplicación: registre su firma como funcionario de salud encargado de la administración de vacuna o profilaxis al usuario.

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis: registre el nombre de la casa farmacéutica o del laboratorio productor de la vacuna o profilaxis administrada al usuario y el número de lote correspondiente por cada producto aplicado.

Certificado válido: consta de dos columnas, en la primera “desde” se debe registrar la fecha en la cual se aplica la vacuna o profilaxis y en la segunda columna “hasta” se anota la fecha en la que red requiera una nueva aplicación del producto biológico aplicado.

Sello oficial del centro de vacunación: coloque el sello de la entidad de salud que presta el servicio de vacunación o, en su defecto, el nombre de la institución, en letra manuscrita, clara y legible.

4. Páginas 6 y 7

Corresponden a otras vacunaciones realizadas al usuario. Consta de las siguientes cinco columnas que deben ser diligenciadas en su totalidad.

Nombre de la enfermedad: registre en letra manuscrita, clara y legible, el nombre de las enfermedades contra las que se ha vacunado al usuario.

Fecha: registre la fecha en que se aplica cada vacuna o profilaxis administrada al usuario.

Fecha de la próxima dosis: registre la fecha de la próxima cita que debe cumplir el usuario, de acuerdo con la vacuna que haya sido aplicada.



16. Anexos

Fabricante y número de lote de la vacuna o profilaxis: registre el nombre de la casa farmacéutica o del laboratorio productor de la vacuna o profilaxis administrada al usuario y el número de lote correspondiente por cada producto aplicado.

Firma y sello oficial del centro de vacunación: registre su firma (vacunador) y coloque el sello de la entidad de salud que presta el servicio de vacunación o, en su defecto, el nombre de la institución, en letra manuscrita, clara y legible.

5. Páginas 8 y 9

Brinda información para los viajeros en cuanto

a los riesgos cuando se realizan viajes y a las indicaciones que debe seguir en caso de presentar alguna sintomatología y asistir a consulta médica.

6. Páginas 10 y 11

Presenta información técnica respecto a la protección contra el paludismo (malaria) para los viajeros.

7. Página 12

Corresponde a la última página del certificado, en la que se brinda la información al personal médico con respecto a la vacunación del viajero.



16. Anexos

PENTAVALENTE	HEPATITIS B	Recién nacido	0						
		2º mes	1ª						
		4º mes	2ª						
	HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO b (Hib)	2º mes	1ª						
		4º mes	2ª						
	DIFTERIA - TOS FERINA - TÉTANOS (DPT)	6º mes	3ª						
		2º mes	1ª						
		4º mes	2ª						
		6º mes	3ª						
		1 año después de la 3ª dosis	1º refuerzo						
	INFLUENZA (GRIPE)	5 años	2º refuerzo						
		6 - 17 meses	1ª						
		7 - 23 meses	2ª						
Cada año		Anual							
FIEBRE AMARILLA	Cada año	Anual							
	1 año	Única							
SARAMPIÓN - RUBÉOLA - PAPERAS (SRP)	Cada 10 años	Refuerzo							
	1 año	1ª							
OTRAS	NEUMOCOCO (heptavalente)	5 años	2ª						
		2º mes	1ª						
		4º mes	2ª						
		6º mes	3ª						
	ROTAVIRUS	1 año después de la 3ra dosis	1º refuerzo						
		2º mes	1ª						
		4º mes	2ª						
	VARICELA	6º mes	3ª						
		A partir de los 12 meses	1ª						
	HEPATITIS A		2ª						
		A partir de los 12 meses	1ª						
	MENINGOCOCO		2ª						
			1ª						



16. Anexos

Instrucciones para el diligenciamiento de la historia individual de inmunización

Descripción

La elaboración de la historia individual de vacunación tiene como objetivo registrar las fechas en las cuales se aplican las diferentes vacunas: BCG, antipoliomielítica, DPT, hepatitis B, Haemophilus influenza b, sarampión-rubéola-paperas, tétanos-difteria, fiebre amarilla, anti-gripal, hepatitis A, varicela, neumococo, anti-meningocócica, lo cual permite verificar las condiciones de cumplimiento del esquema de vacunación en cada persona.

Todas las personas que realicen actividades de vacunación tienen la obligación de diligenciar este registro. Se debe utilizar una historia por usuario y se diligencia cada vez que se aplique una dosis de vacuna. Si en el momento de aplicar una dosis del esquema de vacunación, el usuario no posee historia en este centro de vacunación, se le abre y se procede a actualizarla de acuerdo con el carné que presente el usuario y la dosis de vacunas que le sean aplicadas.

El usuario que no presente carné de vacunación o en quien no se pueda comprobar por la historia de inmunizaciones los antecedentes de vacunación, se considera sin vacunación; se debe iniciar el esquema de acuerdo con la edad; se exceptúa la BCG, si presenta cicatriz, y se registra en la historia como aplicada el día del nacimiento.

Instrucciones para el diligenciamiento Encabezado

Fecha de elaboración: escriba la fecha de elaboración en números arábigos, en la forma día, mes, año (por ejemplo, para el 10 de febrero del año 2001, anotar 10 02 2001).

Número de identificación: escriba el número de identificación del usuario de acuerdo con el tipo de identificación señalada.

Tipo: escriba el tipo de identificación del usuario: AS, adulto sin identificación; CC, cédula de ciudadanía; CE, cédula de extranjería; MS, menor sin identificación; UN, número único de identificación; PA, pasaporte; RC, registro civil.

Nombres: escriba el nombre completo del usuario, sus nombres y sus dos apellidos.

Fecha de nacimiento: escriba la fecha de nacimiento del usuario al cual se le está realizando la historia, de acuerdo con el orden indicado en la casilla (día, mes, año) y en números arábigos (por ejemplo, para el 10 de marzo de 1997, anotar 10 03 1997).

Sexo: escriba en la casilla correspondiente según sea el sexo del usuario, M para masculino o F para femenino.

Embarazada: escriba en la casilla correspondiente S, si se trata de una embarazada, y la fecha de la última menstruación o los meses de embarazo a la fecha.

16. Anexos

Dirección: escriba la dirección completa en la cual reside el usuario.

Municipio: nombre del municipio donde reside el usuario.

Zona: escriba U para urbano o R para rural, según el lugar donde reside el usuario.

Barrio o vereda: escriba nombre de la localidad donde reside el usuario.

Teléfono: escriba en esta casilla el número telefónico de la persona a la cual se le está realizando la historia.

Tipo de usuario: marque con una equis (X) la inicial correspondiente al régimen de usuario, C para contributivo, S para subsidiado, NA para no afiliado, P para particular y O para otros regímenes.

Nombre de la aseguradora: escriba el código y el nombre de la entidad administradora de salud a la cual está afiliado el usuario: EPS

(empresa promotora de salud), ARS (administradora del régimen subsidiado), ESS (empresa solidaria de salud); CCF (caja de compensación familiar); EAS (entidad adaptada de salud); particular u otro.

Grupo de atención: señale con una equis (x) la casilla, si el usuario corresponde a un grupo de población con atención especial; marque la I para indígenas; la N para comunidades negras, la D para población desplazada o la O para otra población.

Contenido

Escriba la fecha en que se aplicó cada una de las vacunas, incluyendo la que se está aplicando. Recuerde anotar las fechas con números arábigos y en el orden: día, mes, año.

Observaciones: escriba los comentarios relacionados con contraindicaciones, complicaciones o reacciones posteriores a la vacunación del usuario.



16. Anexos

Pedido y suministro de productos biológicos y jeringas

Descripción

Este formulario pretende mantener un control de la solicitud y entrega de productos biológicos y jeringas, en cada una de las instituciones que realiza actividades de vacunación.

Instrucciones para el diligenciamiento

Cara 1

Encabezamiento

Departamento: escriba correctamente el nombre del departamento que solicita el biológico, jeringas o ambos.

Municipio: escriba el nombre del municipio en el cual está ubicada la institución.

Institución: escriba correctamente el nombre de la institución que solicita el biológico, jeringas o ambos, ya sea una dirección local de salud o una prestadora de servicios de salud.

Fecha de solicitud: escriba la fecha de solicitud del pedido, de acuerdo con el orden indicado en la casilla (día, mes, año) y en números arábigos (por ejemplo, para el 10 de marzo de 2007, anotar 10 03 2007).

Cuerpo del formulario

Escriba en las casillas correspondientes las dosis aplicadas, el total de dosis perdidas según

el anverso del formulario, las dosis existentes, así como su presentación y fecha de vencimiento, lote y casa productora. Finalmente, escriba las dosis solicitadas de cada biológico, jeringas o ambos. En cada pedido deben diligenciarse todas las casillas.

El funcionario encargado de aprobar los pedidos escribe en las casillas de despachadas, las cantidades correspondientes aprobadas y despachadas.

Utilice el espacio de observaciones si es necesario hacer alguna aclaración.

Solicitado por: escriba con letra clara el nombre de quien realiza la solicitud.

Cargo de quien solicita: escriba con letra clara el cargo de quien realiza la solicitud.

Autorizado por: escriba con letra clara el nombre de quien autoriza el despacho.

Fecha de entrega: escriba con letra clara la fecha en que se realiza la entrega.

Cara 2

Encabezamiento

Departamento: escriba correctamente el nombre del departamento que solicita el biológico y/o jeringas.

Municipio: escriba el nombre del municipio en el cual está ubicada la institución.



16. Anexos

Institución: escriba correctamente el nombre de la institución que solicita el biológico y/o jeringas, ya sea una Dirección local de salud o una Prestadora de servicios de salud.

Fecha de solicitud: escriba la fecha de solicitud del pedido, de acuerdo con el orden indicado en la casilla (día, mes, año) y en números arábigos (por ejemplo, para el 10 de marzo de 2007, anotar 10 03 2007).

Cuerpo del formulario

Número de dosis perdidas: escriba en las casillas correspondientes las dosis perdidas.

- Por frasco abierto: institucional y extramural
- Por falla en la red de frío: fallas del refrigerador y fallas en el fluido eléctrico
- Por transporte
- Por errores en la manipulación
- Por otras causas

Total de dosis perdidas: este número debe coincidir con el número que se registre en dosis perdidas, de la cara 1. En cada pedido deben diligenciarse todas las casillas; si no ha habido pérdidas, consigne 0 (cero).

Utilice el espacio de observaciones si es necesario hacer alguna aclaración.

Solicitado por: escriba con letra clara el nombre de quien realiza la solicitud.

Cargo de quien solicita: escriba con letra clara el cargo de quien realiza la solicitud.

Autorizado por: escriba con letra clara el nombre de quien autoriza el despacho.

Fecha de entrega: escriba con letra clara la fecha en que se realiza la entrega.



RECEPCION DE INSUMOS

DEPARTAMENTO:
MUNICIPIO:
INSTITUCIÓN:
FECHA DE RECEPCIÓN:
TIPO DE TRANSPORTE:
RECIBIO AVISO PREVIO
HORA DE LLEGADA AL AEROPUERTO
HORA DE LLEGADA A LA CENTRAL
NÚMERO DE CAJAS RECIBIDAS
HOJA: 01 DE: 01

FECHA DE SOLICITUD
DÍA / MES / AÑO
PROCEDENCIA: BOGOTÁ, M.P.S.
ENTIDAD:

Contenido	Presentación	Número de cajas	Cantidad dosis	Lote	Fecha de vencimiento	Laboratorio	Temperatura a la que llega	Nota

Contenido	Presentación	Número de cajas	Cantidad dosis	Lote	Fecha de vencimiento	Laboratorio	Temperatura a la que llega	Nota

Contenido	Presentación	Número de cajas	Cantidad dosis	Lote	Fecha de vencimiento	Laboratorio	Temperatura a la que llega	Nota

16. Anexos

Instrucciones para diligenciar el formato de recepción de productos biológicos

Alcance

El presente formato debe ser diligenciado por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) públicas y privadas del país, que ofertan el servicio de vacunación, una vez han recibido un pedido de insumos críticos en PAI, como vacunas, diluyentes, jeringas o cualquier otro elemento necesario para el desarrollo de las acciones en el PAI.

Objetivo

Entregar constancia de la recepción de insumos críticos en el PAI (vacunas, diluyentes, jeringas o cualquier otro elemento) por parte de la entidad de salud, según los niveles de competencia.

Variables del formato

Departamento: escriba el nombre del departamento que recibe los insumos para el PAI.

Municipio: registre el nombre del municipio que recibe los insumos para el PAI.

Institución: registre el nombre de la institución que recibe los insumos para el PAI.

Fecha de solicitud: registre la fecha de solicitud de los insumos como día/mes/año, en números arábigos.

Fecha de recepción: registre la fecha de

recepción de los insumos como día/mes/año, en números arábigos.

Tipo de transporte: registre el medio de transporte por el que fueron enviados los insumos solicitados.

Procedencia: registre la procedencia de los insumos recibidos.

Entidad: registre el nombre de la entidad transportadora de los insumos recibidos.

Recibió aviso previo: registre “sí” o “no”, en caso afirmativo o negativo, frente a la llegada de los insumos solicitados.

Hora de llegada al aeropuerto: registre la hora de llegada de los insumos al aeropuerto, especificando si se realizó en horas de la mañana (a.m.) o de la tarde (p.m.).

Hora de llegada a la central: registre la hora de llegada de los insumos a la central de recepción de los mismos, especificando si se realizó en horas de la mañana (a.m.) o de la tarde (p.m.).

Número de cajas recibidas: registre el número de cajas recibidas con los insumos solicitados.

Hoja:___ De:___: realice la paginación de los formatos; por ejemplo, hoja 1 de 2.

Encuentra posteriormente un cuadro con 9 columnas que deben ser diligenciadas en su totalidad. En caso de que “no aplique” la columna para dar respuesta a la variable, debe trazar una línea horizontal.



16. Anexos

Biológicos y diluyentes:

Contenido: describa cada uno de los insumos recibidos, ya sean biológicos o diluyentes, usando una fila por cada uno de ellos.

Presentación: registre cada insumo con su presentación correspondiente.

Número de cajas: registre el número de cajas correspondiente al insumo que se está describiendo.

Cantidad en dosis: registre el número de dosis recibido por cada insumo registrado.

Lote: anote el número del lote correspondiente al insumo que se describe en la primera fila (vacuna, diluyente, jeringas).

Fecha de vencimiento: registre la fecha de vencimiento de cada uno de los insumos recibidos y discriminados por cada fila en el formato (vacuna, diluyente, jeringas).

Laboratorio: registre el nombre del laboratorio de cada uno de los insumos recibidos, siempre y cuando esta variable aplique para su registro (vacuna, diluyente, jeringas).

Temperatura a la que llega: en el caso de recepción de vacunas, registre la temperatura a la cual se reciben los productos inmunobiológicos.

Nota: registre cualquier observación que considere relevante de acuerdo con el cumplimiento o no de los requisitos de la recepción (por ejemplo: “no llegaron los diluyentes completos para fiebre amarilla, faltan 100”).

De la misma manera, se deben registrar los datos para las jeringas y “otros insumos” del PAI; se cuenta con las mismas variables que para biológicos y diluyentes.

Al finalizar el formato, registre la firma de quien recibe los insumos y la firma del coordinador del PAI del ente territorial receptor de los mismos.



16. Anexos

Registro de temperatura refrigerada

Nombre de la IPS - ESE		Departamento		Municipio		Equipo No.		Tipo de termómetro		Mes		Año	
TEMPERATURA °C	DÍAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M
PELIGRO	9												
	8												
	7												
	6												
	5												
	4												
	3												
	2												
	1												
0													
MÁXIMA													
MOMENTO													
MÍNIMA													
TEMPERATURA AMBIENTE C													
HORA DE LECTURA													
NOMBRE DE QUIEN REGISTRA													

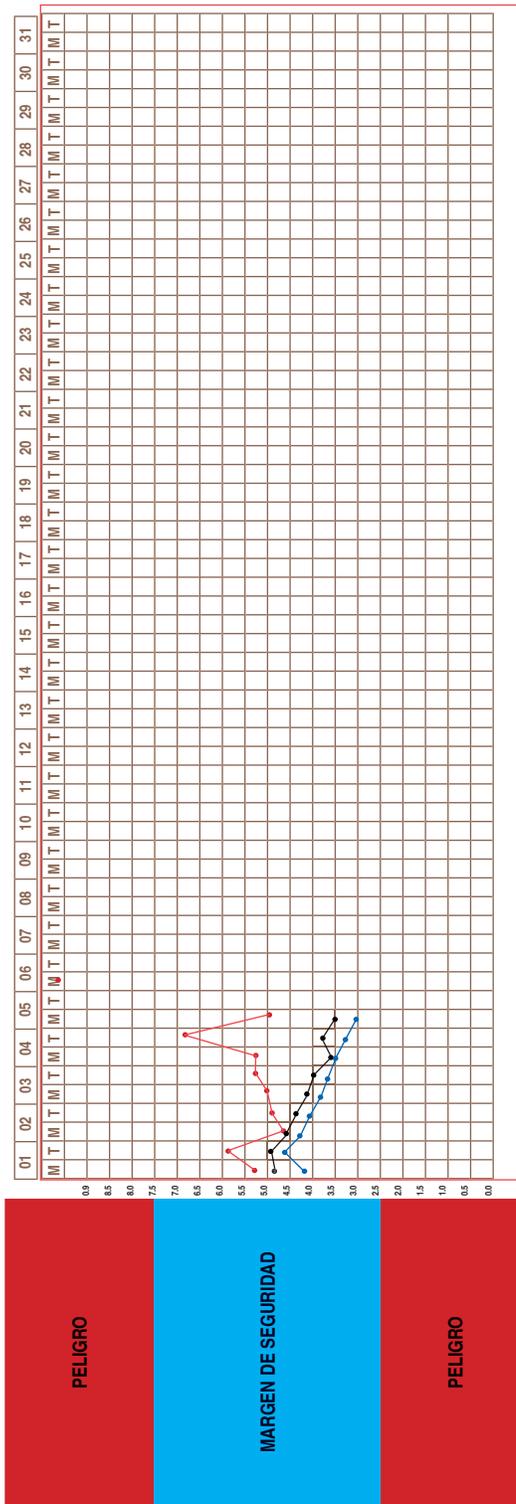
Nota: Se grafica la temperatura máxima en color rojo, la mínima en azul y la actual en negro.



16. Anexos

Registro de temperatura refrigerador horizontal

Nombre de la IPS - ESE Departamento Municipio Equipo No. Tipo de termómetro Mes Año



	DIAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
TEMPERATURA °C	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M
MÁXIMA	5.2	5.8	4.6	4.7	4.9	5.2	6.8	4.9					
MOMENTO	4.8	4.9	4.5	4.3	4.1	3.6	3.8	3.5					
MÍNIMA	4.2	4.6	4.3	4.1	3.9	3.7	3.5	3.2	3.0				
TEMPERATURA AMBIENTE C	24	23.5	22.6	28.3	25.3	29.1	25.3	29.1	25.3	20.5	04:35	07:30	19.8
HORA DE LECTURA	07:20	05:15	08:05	06:25	07:30	04:35	07:30	04:35	07:30	04:35	07:30	07:30	
NOMBRE DE QUIEN REGISTRA	RAFAEL	DEYSI	IVETTE	INGRID	INGRID	INGRID	INGRID	INGRID	INGRID	PEDRO	PEDRO	PEDRO	

Nota: Se grafica la temperatura máxima en color rojo, la mínima en azul y la actual en negro.



16. Anexos

Registro de temperatura congelador

Nombre de la IPS - ESE	Departamento		Municipio		Equipo No.		Tipo de termómetro		Mes	Año				
TEMPERATURA °C	DÍAS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	-7	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M	T	M
	-8													
	-9													
	-10													
	-11													
	-12													
	-13													
	-14													
	-15													
	-16													
	-17													
	-18													
-19														
-20														
-21														
TEMPERATURA AMBIENTE C														
HORA DE LECTURA														
NOMBRE DE QUIEN REGISTRA														



Ficha técnica EQUIPOS CADENA DE FRÍO PAI

Nombre de la IPS - ESE Departamento Municipio Equipo No. Tipo de termómetro Mes Año

GABINETE

EN ESTOS 3 RECUADROS MARQUE CON UNA X LA OPCIÓN CORRECTA.			
TIPO DE EQUIPO	APLICACIÓN	AISLAMIENTO	
HORIZONTAL	REFRIGERADOR	POLIURETANO	
VERTICAL	REFRIGERADOR-CONGELADOR	POLIESTIRENO (ICOPOR)	
CUARTO FRÍO	CONGELADOR	LANA DE VIDRIO	
NEVERA		OTRO, ¿CUÁL?	

ELEMENTOS DE ALMACENAMIENTO	CANTIDAD	CARACTERÍSTICAS
PARRILLAS PLANAS (NEVERAS U OTROS EQUIPOS VERTICALES)		MARCA
		MODELO
CANASTAS (EQUIPOS HORIZONTALES)		COLOR
		REFRIGERANTE
ENTREPAÑOS (45 cm x 90 cm) (CUARTOS FRÍOS)		No. PUERTAS EXTERNAS
		REGISTRADO EN EL PIS
		SÍ NO

DIMENSIONES INTERNAS	
ALTO	(cm)
ANCHO	(cm)
PROFUNDO	(cm)
VOLUMEN U.	litros

FUENTE DE ENERGÍA	
	ELÉCTRICA
	SOLAR
	W / PANEL
	No. PÁNELES
	A. REGULADOR
	CALIBRE CABLE
	A-h BATERÍA
	ABSORCIÓN
	GAS
	QUERROSENE

CONDENSADORA						
ELEMENTO	VOLTAJE	FASES	Hz	LRA	RLA	HP
COMPRESOR						
VENTILADOR						

Ficha técnica EQUIPOS CADENA DE FRÍO PAI

PARA CUARTOS FRIOS															
	SÍ	NO	NA		SÍ	NO	NA		SÍ	NO	NA				
BOTELLA DE LÍQUIDO				MIRILLA DE LÍQUIDO				ACUMULADOR DE SUCCIÓN				PUMP DOWN			
FILTRO SECADOR				PRESOSTATO DE ALTA				PRESOSTATO DE BAJA				MANÓMETROS PERMANENTES			
				P.A. APAGA A: (PSI)				P.B. APAGA A: (PSI)							
				P.A. ARRANCA A: (PSI)				P.B. ARRANCA A: (PSI)							

16. Anexos

EVAPORADOR											
MARCA				MODELO				MARCA VET	TIPO VET	ORIFICIO	
ELEMENTO	CANTIDAD	VOLTAJE	FASES	Hz	LRA	RLA	POTENCIA	DIÁMETRO	RPM		
VENTILADORES											

OBSERVACIONES _____

PREPARÓ _____

REVISÓ _____

Hoja de vida

MESES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
ACTIVIDAD	I	II	I	II								
QUINCENAS												
LIMPIEZA GABINETE INTERIOR	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
LIMPIEZA GABINETE EXTERIOR	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V	V
LIMPIEZA CONDENSADOR - COMPRESOR	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T
AJUSTE Y LIMPIEZA CONECTORES ELÉCTRICOS	T						T					
TOMA Y REGISTRO DE VOLTAJE Y AMPERAJE	T			T			T			T		
LIMPIEZA PÁNELES O QUEMADOR	T			T			T			T		
VERIFICA CARGA Y NIVEL LÍQUIDO BATERÍA	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T

T TÉCNICO

V VACUNADOR

16. Anexos

FECHA	SÍNTOMA	DIAGNÓSTICO	ACTIVIDAD EJECUTADA	RESPONSABLE

OBSERVACIONES

CONTRATISTA

INTERVENTOR

VACUNADOR



16. Anexos

Kardex de insumos del PAI

Descripción

El kardex de insumos permite tener un control estricto del movimiento del producto biológico, jeringas y demás insumos del PAI, y vigilar las características individuales de cada artículo.

Instrucciones para su diligenciamiento

Encabezamiento

Se debe diligenciar una hoja diferente para cada producto inmunobiológico.

Hoja #: escriba el número consecutivo de la hoja que está diligenciando; se hace por cada vacuna y lote diferente.

Municipio: escriba el nombre del municipio en el cual está ubicada la institución.

Institución: escriba el nombre completo de la entidad de salud que va a manejar el producto.

Nombre del insumo: escriba el nombre del producto controlado.

Contenido

Fecha: escriba la fecha en la cual realiza cada movimiento de artículos (vacunas, jeringas, etc.), de acuerdo con el orden indicado en la casilla (día, mes, año) y en números arábigos (por ejemplo, para el 10 de marzo de 2007, anotar 10 03 2007).

Casa productora: escriba el nombre que aparece en la etiqueta como la casa productora.

Lote: escriba el número del lote que aparezca escrito en la etiqueta con la cual viene marcada el artículo.

Fecha de vencimiento: transcriba esta información de la etiqueta del artículo, en números arábigos y en el orden estipulado en el formulario: día, mes, año.

Presentación: describa la forma y cantidad en dosis o unidades como recibe el artículo; por ejemplo, “Frasco por 10 dosis”, “Unidosis”, “Cajas por 100 unidades”.

Detalle: escriba las observaciones necesarias para aclarar el movimiento que realiza del artículo, anote el nombre de la institución de quien recibe el insumo o a la cual entrega el artículo, la causa del ingreso o la salida que está registrando y los lugares donde se realiza la actividad, como sigue:

Entrada por:

- Compra
- Donación
- Suministros PAI
- Reintegros
- Ajuste de inventario

Salidas por:

- Aplicación
- Averías
- Donación
- Pérdidas



16. Anexos

- Préstamos
- Robo
- Vencimiento
- Distribución

Entradas: escriba en forma clara, el número de dosis o unidades que recibe, según la causa descrita en la columna de detalle.

Salidas: escriba el número de dosis o unidades que salen, según la causa descrita en la columna de detalle.

Pérdidas: escriba el número de dosis que se pierden.

Saldo: escriba el saldo de dosis o unidades correspondiente a las existencias, calculando cada que realice un movimiento de artículos. Las salidas se restan del saldo anterior y las entradas se suman al saldo anterior, sólo en caso de que el artículo que sale o entra tenga el mismo número de lote y la misma fecha de vencimiento.



16. Anexos

ACTA DE BAJA DE INSUMOS DEL PAI

FECHA: _____ (DD/MM/AA) HORA: _____
DEPARTAMENTO: _____
MUNICIPIO: _____
INSTITUCIÓN O IPS: _____ _____
REPRESENTANTE LEGAL: _____ _____
RESPONSABLE DEL PAI: _____

HECHOS: (debe aclarar la situación detallada que ocasionó la pérdida)

DESCRIBIR EN EL SIGUIENTE CUADRO LA MAGNITUD DEL DAÑO, ESPECIFICANDO LOS ÍTEMS ESTABLECIDOS

Vacuna	Presentación	Cantidad de dosis	Lote	Fecha de vencimiento	Laboratorio	Costo unitario	Valor total

16. Anexos

TRÀMITE QUE SE DA A LA SITUACIÓN ENCONTRADA:

Nombres, cargos y firmas de las personas que realizan la investigación y el trámite:

Nombre	Cargo	Firma

Las vacunas son un bien público, resguardadas por los Artículos 63 y 102 de la Constitución Nacional; los Artículos 42 y 43 de la Ley 715 de 2001; el Artículo 34 de la Ley 734 de 2002 y el informe 32 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) relacionado con las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM). Por tal razón, la responsabilidad por su cuidado, custodia y manejo corresponde a quien las posee, ya sea persona natural o jurídica. Remita copias de esta acta a la Secretaría Departamental de Salud y al Ministerio de la Protección Social.



16. Anexos

Acta de baja de insumos del PAI

Descripción

El acta de baja es el instrumento utilizado para informar de aquellos productos inmunobiológicos o insumos que se excluyen del inventario por algún motivo diferente a la utilización normal en el proceso de vacunación, como robo, pérdida, vencimiento, daño o congelamiento, entre otros.

Instrucciones para su diligenciamiento

Fecha: escriba la fecha en la cual se diligencia el acta de baja, de acuerdo con el orden indicado en la casilla (día, mes, año) y en números arábigos (por ejemplo, para el 10 de marzo de 2007, anotar 10 03 2007).

Hora: escriba la hora en la cual se diligencia el acta de baja.

Departamento: escriba el nombre del departamento en el cual está ubicada la institución.

Municipio: escriba el nombre del municipio en el cual está ubicada la institución.

Institución: escriba el nombre completo de la entidad de salud donde se presentó el hecho.

Representante legal: escriba el nombre completo del representante legal de la entidad donde se presentó el hecho.

Responsable del PAI: escriba el nombre completo del responsable del PAI de la entidad donde se presentó el hecho.

Hechos: de forma muy detallada, se debe presentar la situación como se ocasionó la pérdida.

Describir en el siguiente cuadro la magnitud del daño, especificando los ítems establecidos: se debe especificar vacuna, presentación, cantidad de dosis, lote, fecha de vencimiento, laboratorio, costo unitario y valor total.

Trámite que se da a la situación encontrada: de forma muy detallada, se debe describir el trámite que se da a dicha situación. También, se debe registrar la forma de desecho y las acciones correctivas que se tomaron para que no se vuelvan a presentar estas situaciones.

Nombres, cargos y firmas de las personas que realizan la investigación y el trámite. Se debe escribir en forma clara los nombres y cargos de las personas que realizan la investigación y el trámite.



16. Anexos

REGISTRO PARA CENSO Y CONSOLIDADO DE CANALIZACIÓN

MUNICIPIO: _____ **LOCALIDAD:** _____
INSTITUCIÓN: _____ **ÁREA No.:** _____ **RONDA No.:** _____
NOMBRE DEL RESPONSABLE Y CARGO: _____ **ZONA:**

U
R

Mes: _____
Año: _____

Dia	# Casa	Direccion de la vivienda	Nombres y apellidos del jefe de hogar	Número de personas del grupo familiar afiliadas al SGSSS					Nombre de la entidad administradora
				C	S	V	P	O	
Subtotal									



16. Anexos

REGISTRO PARA CENSO Y CONSOLIDADO DE CANALIZACIÓN

Día	# Casa	Dirección de la vivienda	Nombres y Apellidos del jefe de hogar	Número de personas del grupo familiar afiliadas al SGSSS					
				C	S	V	P	O	
Total									

Grupo familiar						Con esquema adecuado de vacunación								
Años	MEF 10-49 años					Otros	Total	Años					MEF 10-49 años	
	<1	1	2	3	4			5	Gestante	No gestante				

Población orientada a los servicios de vacunación													
Años	MEF 10-49 años					Otros							
	<1	1	2	3	4		5	Gestante	No gestante				



16. Anexos

Registro para censo y consolidado de canalización

Descripción

Todas las personas que realicen actividades de canalización en vacunación tienen la obligación de diligenciar este registro. Se debe utilizar un registro por área y sector y se diligenciará cada vez que se aplique esta estrategia.

Instrucciones para el diligenciamiento

Encabezamiento

Página: escriba el número de la página correspondiente.

Municipio: escriba el nombre del municipio en el cual se está aplicando el formulario.

Localidad: escriba el nombre de la localidad donde se realiza la actividad.

Institución: escriba el nombre de la institución encargada de diligenciar la estrategia.

Área N: escriba el número del área a la cual corresponde la localidad.

Ronda N: escriba el número de la ronda durante la cual se está aplicando el formulario.

Zona: escriba una equis (X) sobre la U para urbano o R para rural, según el lugar donde se encuentre la localidad que se va a evaluar.

Mes: escriba en números arábigos el mes.

Año: escriba en números arábigos el año al cual corresponde la información.

Nombre del responsable y cargo: escriba con letra clara el nombre y el cargo del responsable del diligenciamiento del registro.

Día: escriba en números arábigos el día del mes al cual corresponde la información.

Casa: escriba el número de orden de las viviendas visitadas.

Dirección de la vivienda: escriba la dirección completa en la cual reside la familia.

Nombres y apellidos de jefe del hogar: escriba en la casilla correspondiente el nombre y apellidos completos del jefe del hogar; si una casa posee más de una familia, emplee tantas filas como sea necesario.

Número de personas del grupo familiar afiliadas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): escriba el número de personas que pertenecen a cada uno de los regímenes, así: sobre la C para contributivo; S para subsidiado; V para la población vinculada; P para la población particular, y O para otros regímenes especiales.

Nombre de la entidad administradora: escriba el nombre de las diferentes aseguradoras a las cuales están afiliados los miembros del grupo familiar.

Grupo familiar: escriba el número de personas existentes en la familia por el grupo de edad



16. Anexos

y sexo para menores de un año (<1 año); un año (1 año); dos, tres, cuatro y cinco años, mujeres en edad fértil (10 a 49) gestantes, mujeres en edad fértil no gestantes, mayores de 60 años, otros grupos y el total personas existentes en la familia.

Con esquemas adecuado de vacunación: escriba el número de esquemas adecuados por las edades solicitadas.

Para menores de un año (<1 año), se debe presentar por carné o historia tres dosis de vacuna antipoliomielítica, tres dosis de DPT, tres dosis de Hib, cuatro dosis de hepatitis B y una dosis de BCG.

Para los niños de un año (1) y de dos a 5 años (2 a 5 años) debe presentar por carné o historia, tres dosis de vacuna antipoliomielítica, tres dosis de DPT, tres dosis de Hib, cuatro dosis de hepatitis B, una dosis de BCG, una dosis de SRP y una de fiebre amarilla.

Para mujeres gestantes, segunda dosis de toxoide tetánico o tetánico diftérico.

Para las mujeres en edad fértil, quinta dosis de toxoide tetánico o tetánico diftérico.

Población orientada a los servicios de vacunación: escriba el número de personas que se orientaron hacia los servicios de vacunación, según los grupos de edad solicitados.



16. Anexos

Instrumento guía para la verificación de la habilitación de los servicios de vacunación en una entidad prestadora de servicios de salud

Nombre de la institución:

Fecha de verificación:

C: cumple NC no cumple NA: no aplica NV: no verifica.

Colocar una X en el espacio correspondiente y en las observaciones especificar los que no lo cumplen, no lo verifican o no aplica. Lo especificado dentro del paréntesis no es requisito de habilitación pero corresponde a normas técnicas para la vacunación, según el PAI.

Consultar el Decreto 2309 de 2002, la Resolución 1439 de 2002, la Resolución 486 de 2003, el Decreto 2676 de 2001, la norma técnica para la vacunación, según el PAI (Ministerio de la Protección Social) y demás normatividad vigente que sea pertinente.

Criterio	C	NC	NA	NV	Observaciones (ejemplos)
El personal asistencial (médico o enfermera o auxiliar de enfermería) que presta directamente los servicios de salud a los usuarios, cumple con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio. Demostrar copias de títulos, actas de grado, (entrenamiento específico en vacunación, certificado), convalidaciones en el ICFES en caso de estudios en el exterior. Registro como profesional o técnico, en la Secretaría Distrital de Salud.					Personal no cumple con experiencia en el programa. No existe recurso profesional.
Registro de los pacientes atendidos por el prestador, en el cual se consigna nombre, edad, biológico aplicado, lote, marca y fecha.					No colocan las direcciones.
Registro de complicaciones por vacunación y protocolo de atención ante reacciones adversas.					No existen actas de análisis de la información de los esavi
Los carnés de vacunación tienen número de lote, fecha de vencimiento y vía de aplicación del biológico aplicado.					No se utiliza el carné infantil, de uso reglamentario en Colombia.
Verificación de inmunobiológicos que contengan: <ul style="list-style-type: none"> • nombre, • fecha de caducidad vigente, • número de lote y • laboratorio productor! 					Sin registro del Invima

16. Anexos

Criterio	C	NC	NA	NV	Observaciones (ejemplos)
<p>Los productos inmunobiológicos y, en general, los insumos asistenciales que utiliza la institución, se almacenan bajo condiciones de temperatura, humedad, ventilación, segregación y seguridad apropiadas para cada tipo de insumo de acuerdo con las condiciones definidas por el fabricante y normas técnicas según el PAI, y procedimientos para controlar las condiciones de almacenamiento y las fechas de vencimiento. Verifique:</p> <ul style="list-style-type: none"> • termómetro de nevera calibrado o termos, • registros diarios de control de temperatura (dos veces al día, todos los días) y • condiciones de la nevera 					No existen registros, físicos de la temperatura
Cuenta con refrigerador: nevera, termómetro, paquetes fríos y termo o neveras portátiles e insumos, según las normas de la cadena de frío del Programa Ampliado de Inmunizaciones.					La relación existente no cubre las necesidades. Las neveras no cumplen con la norma.
La institución garantiza el suministro de agua, energía eléctrica, sistemas de comunicaciones según disponibilidad tecnológica (protocolo de acciones por eventuales cortes de energía).					No existe plan de contingencia ante suspensión del fluido eléctrico.
Garantiza el manejo y evacuación adecuados de residuos sólidos y líquidos, según la normatividad vigente. Cuenta con ruta de recolección de residuos peligrosos, manuales de bioseguridad y de manejo de residuos.					Implementar manual de gestión integral de residuos
Los pisos y paredes son impermeables, sólidos, de fácil limpieza y desinfección, uniformes y lisos.					Se observan rugosidades que facilitan el acúmulo de sólidos.
La institución no se encuentra localizada en lugares con riesgos de salubridad graves e incorregibles, que impidan mantener las condiciones internas de la institución y acordes con los manuales de bioseguridad.					
Cuenta con un domicilio que permite su ubicación por parte de los usuarios para el caso de servicios extramurales. Los servicios extramurales deben cumplir con lo intramural, a excepción de la infraestructura.					No existe señalización que oriente a los usuarios hacia el servicio de vacunación.



16. Anexos

criterio	C	NC	NA	NV	Observaciones (ejemplos)
Cuenta con áreas acondicionadas temporalmente para el desarrollo de las actividades y procedimientos específicos para los servicios extramurales, si los presta.					
Si es una unidad móvil, el vehículo en el cual se presta el servicio permite garantizar las condiciones de privacidad, seguridad y asepsia, de acuerdo con el tipo de actividades que se realizan.					
Área delimitada para nevera, la cual debe ubicarse en zona de sombra y alejada de toda fuente de calor y dispone de área para vacunación con lavamanos, preferentemente, el área de vacunación debe ser exclusiva y no compartida con otros procedimientos que presenten un riesgo a los usuarios.					Inexistencia de lavamanos

16. Anexos

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD
PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES
Anexo 18**

Municipio: _____ Año: _____

POBLACIÓN:	<1 año	1 año	Gestantes	No gestantes

Mes	< 1 año						1 año	Gestantes	No gestantes
	VOP	DPT	BCG	HB	Hib	SRP	F. amarilla	Td o TT con 2+3+4+5 dosis	
Enero									
Febrero									
Marzo									
Abril									
Mayo									
Junio									
Julio									
Agosto									
Septiembre									
Octubre									
Noviembre									
Diciembre									



16. Anexos

Guía de supervisión del Programa Ampliado De Inmunizaciones

Fecha (día/mes/año) ____/____/____

Departamento/Municipio _____

Responsable de la coordinación del PAI: _____

¿Responsable de la asistencia técnica? _____

I. Estructura y organización del programa

1. ¿Existe coordinador del PAI? SÍ ____ NO ____

¿Es exclusivo para el PAI? SÍ ____ NO ____

¿CuÁl es el porcentaje de tiempo asignado al PAI? _____%

Si no existe coordinador del PAI, ¿por qué? _____

2. ¿Dónde se encuentra ubicado el PAI dentro de la estructura de la Secretaría de Salud? (Anexar el organigrama) _____

3. ¿Existe y está disponible un manual de normas para el personal que vacuna?

SÍ ____ . ¿Cuál? Manual 1991 ____ Normas técnicas 2000 ____ Propio ____

NO ____

4. ¿Han sido divulgadas/entregadas las normas técnicas a las EPS/ARS del departamento?

SÍ ____ NO ____

5. ¿Existe una programación de inmunobiológicos? SÍ ____ NO ____

16. Anexos

¿Está desagregada por régimen? SÍ ____ NO ____ (Anexar copia de la programación)

6. ¿Se encuentra elaborado el plan estratégico del PAI? SÍ ____ NO ____

Si la respuesta es negativa, explique las causas: _____

7. ¿Cuáles son las estrategias de vacunación más efectivas que utiliza el programa en su departamento?

Urbano _____

Rural _____

8. ¿Tiene programadas jornadas de intensificación para aumentar las coberturas de vacunación? SÍ ____ ¿En qué fechas? _____

NO ____ Explique los motivos _____

9 ¿Se realiza asistencia técnica al programa en los municipios desde el nivel departamental?

SÍ ____ ¿Cuántas por año? _____

NO ____ Explique los motivos _____

10. ¿Se realizan talleres de capacitación/actualización al personal del PAI?

SÍ ____ ¿Cuántas por año? _____

NO ____ Explique los motivos _____

11. ¿Con qué programas coordina el PAI sus actividades?

12. ¿Con qué instituciones (ONG, EPS/ARS, otros sectores del gobierno, etc.) coordina las activida-



16. Anexos

des del PAI en su departamento? _____

13. ¿Cómo se ha manifestado el apoyo político al PAI en su departamento?

14. ¿Cuáles son las metas del PAI para el departamento/municipio?

15. ¿Existe un acuerdo que garantice la gratuidad de la vacunación en su departamento?

SÍ _____ NO _____

16. ¿De qué manera se garantiza el acceso universal de la población de su departamento a los servicios de vacunación en los siguientes grupos de atención especial?

Desplazados _____

Indígenas _____

Conflicto armado _____

17. Número de municipios descentralizados certificados en su departamento: ____ / ____

18. ¿Cuáles municipios descentralizados y no descentralizados reciben recursos adicionales para el PAI?

Municipio _____ Fuente _____

Municipio _____ Fuente _____

Municipio _____ Fuente _____

Municipio _____ Fuente _____

(Incluir relación en un anexo)

19. ¿Qué porcentaje del PAB está asignado para el PAI en el 2001? _____

16. Anexos

¿Cuánto se ha ejecutado? _____

20. ¿Qué porcentaje del PAB fue asignado para el PAI en el 2000? _____

¿Cuánto se ejecutó? _____

21. ¿Cuáles son las EPS/ARS que laboran en su departamento? (De ser necesario, incluya una relación adjunta.) _____

22. ¿Cuántas IPS/ESE conforman la red de prestación de servicios de vacunación en su departamento?

Públicas _____ Privadas _____

23. ¿Cuántas están acreditadas para vacunar? Públicas _____ Privadas _____

24. ¿Qué mecanismos utilizan las EPS para vigilar y controlar el comportamiento de las coberturas de vacunación en su población afiliada por entidad territorial? (programas de computador, informes de cumplimiento de metas, registros de vacunación, RIPS, etc.)

25. ¿Cuáles son los días y los horarios de vacunación de las IPS en el área urbana?

Públicas: Días _____ Horas _____ No sabe _____

Privadas: Días _____ Horas _____ No sabe _____

26. ¿Cuáles son los días y los horarios de vacunación de las IPS en el área rural?

Públicas: Días _____ Horas _____ No sabe _____

Privadas: Días _____ Horas _____ No sabe _____

27. Observaciones: _____



16. Anexos

II. Vigilancia en salud pública de las enfermedades inmunoprevenibles

Vigilancia de sarampión y rubéola

1. ¿Existe personal permanente para trabajar en la vigilancia del sarampión?

SÍ ___ ¿Está capacitado para actuar frente a casos sospechosos? SÍ ___ NO ___

NO ___ ¿Por qué? _____

¿Se hace replicación de los conocimientos del Plan de Erradicación del Sarampión a otros niveles?

SÍ _____ ¿Quiénes? _____

NO _____ ¿Por qué? _____

¿Existe coordinación de los responsables de vigilancia epidemiológica y PAI con el laboratorio?

SÍ ___ NO ___ Explique las razones _____

¿Se reúnen semanalmente los responsables del PAI, vigilancia y laboratorio, para revisar las fichas, muestras y resultados de los casos sospechosos de sarampión?

SÍ ___ NO ___

Si lo hacen pero no con la misma frecuencia, ¿con qué frecuencia? _____

¿La rubéola está integrada al sistema de vigilancia de los casos sospechosos de sarampión?

SÍ ___ NO ___

16. Anexos

¿Existe un plan para desarrollar la integración de la vigilancia de sarampión/rubéola?

SÍ ___ NO ___

¿Disponen de la ficha integrada de sarampión/rubéola y se diligencia ésta a los casos sospechosos de sarampión/rubéola? SÍ ___ NO ___ (Anexar copia de la ficha)

¿El Laboratorio Departamental de Salud Pública realiza diagnóstico de sarampión/rubéola?

SÍ ___ NO ___

¿El personal de la secretaría de salud dispone de un manual de vigilancia de sarampión y de rubéola? (guía roja, otra) SÍ ___ NO ___

¿Está instalado el sistema MESS? SÍ ___ NO ___

¿Está funcionando? SÍ ___ NO ___

¿Qué versión tiene? _____

¿Cuándo realizó la última ¿descarga? al Ministerio de Salud? _____

¿Qué medio de comunicación utiliza para enviar la ¿descarga? _____

¿Existen municipios (localidades, comunas, SILOS, etc.) silenciosos para la notificación de casos sospechosos de sarampión?

SÍ ___ NO ___

¿Cuáles? _____

¿Tiene un plan para realizar búsqueda activa en estos lugares? SÍ ___ Fecha _____

NO ___ ¿Por qué? _____

¿Cuántas IPS existen en el departamento y cuántas funcionan como unidades notificadoras? (Adjunte relación)



16. Anexos

Existen _____ Unidades notificadoras _____

¿Se realiza búsqueda activa de casos sospechosos de sarampión/rubéola?

SÍ ____ ¿Con qué regularidad? _____

¿Qué tipo de búsqueda? Institucional ____ Comunitaria ____ Escuelas ____

NO ____ ¿Por qué? _____

¿Es limitado el acceso a los medios de comunicación? SÍ ____ NO ____

¿Qué medios de comunicación y equipos existen en el nivel departamental disponibles para recibir y realizar notificación?

Teléfonos _____ (Número de líneas para el PAI y VE)

FAX _____

Radios _____

Computadoras ____ (Número que usa el PAI y VE).

Dirección electrónica _____

¿Hay un sistema de retroalimentación de la información desde el nivel central?

Se reciben boletines: PAI ____ OPS ____ SIVIGILA ____ IQEN ____ Otros ____

Lineamientos técnicos _____ Asesoría telefónica _____

16. Anexos

Indicadores de vigilancia de sarampión

Indicador	Año		
	Anterior	Anterior	Actual
Número de unidades notificadoras			
Porcentaje de unidades que notifican a tiempo			
Número de casos notificados, sospechosos de sarampión			
Número de casos de sarampión confirmados clínicamente			
Número de casos de sarampión confirmados por laboratorio			
Porcentaje de casos sospechosos de sarampión investigados completamente			
Porcentaje de casos con muestra adecuada			
Porcentaje de casos con muestra de suero recibida en los primeros 5 días después de la toma			
Porcentaje de casos con resultados de laboratorio en los primeros 4 días después de la recepción de la muestra			
Porcentaje de casos con muestra de orina			
Número de casos notificados, sospechosos de rubéola			
Número de casos de rubéola confirmados por laboratorio			
% de municipios con coberturas mayores al 95% con SRP			
Número de casos de rubéola confirmados por laboratorio			

Plan de erradicación de la poliomielitis

1. Enumere los indicadores del plan de la erradicación de la poliomielitis:

2. ¿Se realiza búsqueda activa trimestral de los casos de parálisis flácida aguda?

SÍ ___ NO ___ ¿Por qué no? _____

Institucional _____ Comunitaria _____ Periodicidad _____

3. ¿Se realiza unidad de análisis para revisión de casos de parálisis flácida aguda? Sí ___ NO

¿Con qué frecuencia? _____



16. Anexos

Indicadores de vigilancia de parálisis flácida aguda

Indicador	Anterior	Anterior	Actual
Porcentaje de cumplimiento de unidades notificadoras			
Número de casos notificados			
Porcentaje de casos con muestra oportuna			
Tasa de parálisis flácida aguda por 100.000 menores de 15 años			
Porcentaje de casos investigados en 48 horas			
Porcentaje de casos declarados como compatibles			
% de municipios con coberturas mayores al 95% con VOP			

Plan de eliminación del tétanos neonatal

Indicador	Anterior	Anterior	Actual
Número de casos notificados de tétanos neonatal			
% casos notificados al Ministerio de la Protección Social en las primeras 48 horas de captado el caso en el departamento			
% casos con ficha completamente diligenciada e informe de investigación de campo			
% casos en los que se realizaron 2 operaciones barrido con Td en el municipio a raíz de la presencia del caso			
% casos con antecedente vacunal documentado de la madre (mínimo, 2 dosis)			
Número de municipios del departamento con tasas de tétanos neonatal mayor o igual a 1 por 1.000 nacidos vivos			
% casos cuyos partos fueron atendidos institucionalmente			
% de municipios con coberturas mayores al 95% con Td			

1. ¿Cuántos municipios tiene su departamento a la fecha ? _____

2. ¿Cuántos de ellos han sido clasificados como área de alto riesgo para tétanos neonatal? _____

¿Cuántos por haber registrado casos? _____ ¿Cuántos como silenciosos? _____

3. ¿Cómo se programa la intervención en vacunación de mujeres en edad fértil?

¿Programa al 100% de mujeres en edad fértil del municipio? _____

16. Anexos

¿Programa sólo a mujeres en edad fértil en áreas de riesgo?
(focalización) _____

4. ¿Cómo identifica las áreas de riesgo para tétanos neonatal en el municipio?

5. ¿Cómo calcula el número de mujeres en edad fértil a vacunar en las áreas de riesgo?

6. ¿Cuántos municipios de los considerados como área de alto riesgo registran coberturas acumuladas con Td en los últimos 5 años, mayores o iguales del 90%?, es decir, ¿cuántos están en fase de mantenimiento? _____

7. ¿Cuántos municipios de los considerados como área de alto riesgo registran coberturas acumuladas con Td en los últimos 5 años menores del 90%?, es decir, ¿están en fase de ataque?

8. En los municipios que no están considerados como área de alto riesgo, ¿cuál es la cobertura de mujeres embarazadas del último año? _____

9. ¿Qué otras intervenciones realiza para eliminar el tétanos neonatal?

¿Capacitación de parteras en vacunación con Td? Sí _____ NO _____

¿Complementación de parteras para atención de parto limpio? Sí _____ NO _____

Otras enfermedades inmunoprevenibles

Evento	Año anterior		Año anterior		Año actual	
	Número de casos	Tasa	Número de casos	Tasa	Número de casos	Tasa
Tos ferina						
Difteria						
Hepatitis B						
Meningitis tuberculosa						
Meningitis bacteriana						
Neumonía						
Fiebre amarilla						

Fuente: Dirección Seccional de Salud



16. Anexos

Efectos adversos

Efecto	Anterior	Anterior	Actual
¿Cuántos episodios se han registrado?			
¿Existe formato de investigación? (Anexar)			
¿Cuál fue la intervención?			

III. Cadena de frío

1. ¿Se dispone de un cuarto con capacidad de almacenamiento y conservación de productos inmunobiológicos en el nivel departamental? SÍ ____ NO ____

¿Dónde está ubicado? _____

2. ¿Se registra la temperatura de cada equipo?

SÍ ____ NO ____

¿Cuántas veces al día? _____ Explique cómo: _____

¿Hay equipos con registros fuera del rango 0 a 8 °C? SÍ ____ NO ____

Explique motivos y acciones: _____

De ser requerido, adjunte las copias de informes o actas.

3. ¿Controla la temperatura el fin de semana? SÍ ____ NO ____

Explique cómo: _____

4. ¿Existe un plan de contingencia para garantizar la conservación de Inmunobiológicos en caso de emergencia? SÍ ____ NO ____

5. ¿Hay un responsable permanente del manejo del cuarto frío en el nivel departamental?



16. Anexos

SÍ _____ NO _____ Explique las causas _____

6. La persona responsable de los cuartos fríos, ¿está capacitada para realizar esta función?

SÍ _____

NO _____ Explique _____

7. ¿Se realiza mantenimiento preventivo al cuarto frío?

SÍ _____. ¿Con qué periodicidad? _____

NO _____

8. ¿Existe y está al día un kárdex (u otro mecanismo) para el control de salidas y entradas de los productos inmunobiológicos?

SÍ _____ (Anexar copia del último mes).

NO _____ Explique los motivos _____

9. ¿Tiene programación para la distribución de los productos inmunobiológicos a nivel municipal?

SÍ ____ (anexe)

NO _____

¿Se entrega de acuerdo con el movimiento de los inmunobiológicos?

SÍ _____ (Anexar la copia del último mes)

NO _____ Explique los motivos _____



16. Anexos

10. ¿Existe inventario actualizado de los equipos de la cadena de frío del nivel departamental/municipal?

SÍ _____ (Anexar copia)

NO _____

¿Cuántos requieren reposición? _____ ¿Cuántos requieren recuperación? _____

11. ¿Qué lineamientos técnicos se han brindado sobre la utilización de frascos abiertos de productos inmunobiológicos y jeringas usadas en el PAI?

12. ¿Existe presupuesto asignado para el mantenimiento y la reposición de equipos de la cadena de frío?

SÍ _____ NO _____

Año anterior _____ Ejecutado _____

Año actual _____ Ejecutado _____

13. ¿Cuál es el porcentaje de pérdida de Inmunobiológicos del año anterior?

BCG _____ DPT _____ VOP _____

HB _____ Hib _____ SRP _____

TT/Td _____ FA _____ AS _____

IV. Sistemas de información

¿Tienen instalado y en funcionamiento un programa para el manejo de coberturas según los lineamientos dados por el Ministerio de la Protección Social?

SÍ _____ ¿Cuál? _____

16. Anexos

NO ____ ¿Cómo vigila las coberturas? _____

¿Cada cuánto reporta las coberturas a su nivel superior? _____

¿Tiene actualizadas las coberturas de vacunación del 100% de los municipios del mes inmediatamente anterior en que se realiza la visita?

SÍ _____

NO ____ Explique _____

4. ¿Notifica usted la primeras, segunda, tercera dosis y refuerzos aplicados por producto biológico? (Anexar el formato de notificación)

SÍ _____

NO ____ Explique _____

5. ¿Quién es el responsable (cargo) de digitar los datos de cobertura de vacunación?

6. ¿A cuánto asciende la población objeto del PAI en el departamento?

Menores de 1 año _____ 1 año _____

18 meses _____ 1 a 4 años _____

5 años _____ 10 años _____

Embarazadas _____ No embarazadas _____

Total mujeres en edad fértil _____



16. Anexos

Fiebre amarilla Niños de 1 años _____ >2 años _____

Número de dosis aplicadas de fiebre amarilla en el año anterior _____

7. Enumere los problemas del denominador de población de su departamento.

Adjunte los soportes, si los tiene.

8. ¿Qué problemas tiene el departamento para obtener coberturas mayores del 95% con la vacuna para *Haemophilus influenzae*, tipo b?

9. ¿Se hace un control de calidad de los datos de vacunación del nivel municipal antes de ser ingresados al sistema de información? SÍ _____ NO _____