# OBJETIVO:

Verificar adecuado funcionamiento de puestos de vacunación en cadena de frio, bioseguridad, insumos y otros aspectos que garanticen la adecuada y segura prestación del servicio.

**Fecha: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_.**

**Puesto de Vacunación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CADENA DE FRÍO E INSUMOS** | **SI** | **NO** | **OBSERVACIONES** |
| Los termos cumplen condiciones para garantizar cadena de frío? |  |  |  |
| Se dispone de todos los biológicos del PAI? |  |  |  |
| Se observan Jeringas envasadas previamente? |  |  |  |
| Se observan agujas insertadas en viales? |  |  |  |
| Se dispone de SS o agua destilada para asepsia antes de aplicación? |  |  |  |
| Registro diario de vacunación diligenciado de manera completa? |  |  |  |
| Disponibilidad de carnés de vacunación de adulto y niño? |  |  |  |
| Las pilas térmicas garantizan cadena de frío? |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BIOSEGURIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE** | **SI** | **NO** | **OBSERVACIONES** |
| Disposición de gel antibacterial. |  |  |  |
| Posibilidad de lavado de manos. |  |  |  |
| Disposición de guardianes y están debidamente marcados? |  |  |  |
| Desecho de material en forma adecuada en bolsas correspondientes? |  |  |  |
| Se evidencia interrogatorio y educación al paciente? |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOGÍSTICA Y SEÑALIZACIÓN DEL PUESTO** | **SI** | **NO** | **NA** | **OBSERVACIONES** |
| Las sillas y mesas del puesto se observan en condiciones higiénicas? |  |  |  |  |
| Se observan afiches o distintivos que identifiquen el puesto? |  |  |  |  |

**Observaciones adicionales**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nombre(s) de quien verifica puesto y cargo**:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_