

CONTROLE DE TEMPERATURA DE CÂMARA REFRIGERADA

UNIDADE			
MÊS E ANO	___/___	MARCA E PATRIMÔNIO	

CHECAR A TEMPERATURA DO EQUIPAMENTO (MOMENTO, MÍNIMA E MÁXIMA) CONFORME HORÁRIOS PREDETERMINADOS. LEMBRANDO SEMPRE DE RESETAR O TERMÔMETRO.

DIA	07:30 - 1ª LEITURA				12:00 - 2ª LEITURA				16:30 - 3ª LEITURA				___:30 - 4ª LEITURA			
	TEMPERATURA				TEMPERATURA				TEMPERATURA				TEMPERATURA			
	MOMENTO	MÍNIMA	MÁXIMA	INICIAIS	MOMENTO	MÍNIMA	MÁXIMA	INICIAIS	MOMENTO	MÍNIMA	MÁXIMA	INICIAIS	MOMENTO	MÍNIMA	MÁXIMA	INICIAIS
01																
02																
03																
04																
05																
06																
07																
08																
09																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																
31																

AO IDENTIFICAR TEMPERATURA FORA DO PADRÃO RECOMENDADO, COMUNIQUE-SE IMEDIATAMENTE COM A SEÇÃO DE IMUNIZAÇÃO: 11 4589-6882 OU 4589-6678

"Este documento deverá ser arquivado pelo período de 2 (dois) anos a partir da data de registro dos dados aqui contidos"

ORIENTAÇÕES

- A temperatura da câmara deve ser mantida entre 2 °C e 8 °C. Qualquer registro que esteja fora desta faixa deve ser considerada alteração de temperatura, **exigindo contato imediato com a Vig. Epidemiológica (11 4589-6882)**, além do preenchimento da ficha de notificação e seu encaminhamento via email à Vigilância. (imunizacao@jundiai.sp.gov.br).
- A **4ª leitura** — destinada às unidades com horário estendido — deve ser realizada 30 minutos antes do encerramento do expediente.
- No campo **INICIAIS** - Preencher com as letras iniciais do nome do responsável pelo preenchimento.
- O **registro das leituras** deve ser feito de forma **legível, completa e sem rasuras**. **Este documento não pode conter rasuras**. Em caso de erro, **deve ser preenchido um novo documento**.

ENCERRAMENTO DO MÊS

DATA(S) DA LIMPEZA DA CÂMARA: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FUNCIONÁRIO		
INICIAIS	NOME COMPLETO	Nº DE REGISTRO DO CONSELHO

ASSINATURA E CARIMBO DO ENFERMEIRO e/ou RT