Ministerio de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
División de Prevención y Control de Enfermedades
Departamento de Inmunizaciones

Versión 0
Octubre 2023

FORMULARIO DE RETIRO DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS DEL PNI EN ESTABLECIMIENTOS

Establecimiento: _____ Servicio clínico: _____

Código DEIS: _____ Comuna: _____ Región: _____

Tipo de actividad: ☐ Vacunación intramural ☐ Vacunación extramural Fecha: __ __ / __ __ / __ __ __ __

VACUNAS E INMUNOGLOBULINAS	SOLICITUD/DEVOLUCIÓN DE PRODUCTOS					
	N° dosis solicitadas	N° dosis entregadas	N° Serie o Lote	Fecha vencimiento	Laboratorio	N° dosis devueltas
IG ANTI-HEPATITIS B						
IG HUMANA						
IG ANTIRRÁBICA						
IG ANTITETÁNICA						
IG ANTIVARICELA						
TOXOIDE dT						
ANTIMENINGOCÓCICA - NIMENRIX						
ANTIMENINGOCÓCICA - BEXSERO						
ANTIRRÁBICA						
BCG						
dTpa						
FIEBRE AMARILLA						
HEPATITIS A ADULTO						
HEPATITIS A PEDIÁTRICA						
HEPATITIS B ADULTO						
HEPATITIS B PEDIÁTRICA						
HEXAVALENTE						
HIB						
INFLUENZA						
NEUMOCÓCICA 13 V						
NEUMOCÓCICA 23 V						
POLIOMIELITIS INYECTABLE						
ROTAVIRUS						
SRP MMR II						
SRP (TRES VÍRICA) MONODOSIS						
VARICELA						
VPH						
COVID-19						
JYNNEOS						

_____ Nombre y firma responsable solicitud

_____ Nombre y firma responsable entrega