



FORMULARIO PEDIDO-ENTREGA DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS PNI

Fecha Región _____ Comuna _____

Solicita DVI Establecimiento Nombre _____ Código DEIS

Entrega DVI Establecimiento Nombre _____ Código DEIS

Tipo de movimiento Pedido / Entrega Devolución temporal Devolución permanente Retiro de mercado

VACUNAS E INMUNOGLOBULINAS	USO ESTABLECIMIENTO DESTINO (SOLICITUD)			USO ESTABLECIMIENTO ORIGEN (ENTREGA)			
	N° Dosis en Stock Actual	N° Dosis Administradas / periodo	N° Dosis Solicitadas	N° Dosis Entregadas	N° Serie o Lote	Fecha vencimiento	Laboratorio
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							
SRP (TRES VÍRICA) MULTIDOSIS							
VARICELA							
VPH							
COVID-19							
OTRA							
OTRA							
OTRA							
OTRA							

TRAZABILIDAD CONTENEDOR ISOTÉRMICO PASIVO (CIP)						
PUNTOS DE CONTROL DE T°	LUGAR DE CONTROL	HORA	TEMPERATURA		NOMBRE Y FIRMA RESPONSABLE	
CONTROL DE SALIDA						
CONTROL DE LLEGADA						
CONTROL DE SALIDA						
CONTROL DE LLEGADA						

Nombre y RUT responsable solicitud

Nombre y RUT responsable entrega

Nombre y RUT responsable retiro

INSTRUCTIVO DE USO FORMULARIO PEDIDO-ENTREGA DE PRODUCTOS BIOLÓGICOS PNI

El siguiente formulario está diseñado para el registro de los movimientos entre establecimientos de salud o DVI, indistintamente, con el propósito de dar cuenta de los movimientos de pedido/entrega, devolución temporal o permanente y retiro de mercado de los productos biológicos del Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI). Para garantizar la trazabilidad de los movimientos, este formulario debe ser impreso foliado y en hoja autocopiativa, para entrega a la contraparte. El formulario debe completarse con letra legible, respetando los espacios asignados para el llenado de la información. Si falta espacio para completar datos, debe llenar un nuevo formulario.

Los campos de llenado se describen a continuación:

1. Fecha: Señale la fecha de la solicitud en formato DD/MM/AAAA
2. Región: Señale el nombre de la región del establecimiento solicitante
3. Comuna: Señale la comuna del establecimiento solicitante
4. Solicita: Marque con una X si es un DVI o un establecimiento de salud. Agregue el nombre del DVI o Establecimiento de salud y el código DEIS del Establecimiento de salud. Los DVI no tienen código DEIS.
5. Entrega: Marque con una X si es un DVI o un establecimiento de salud. Agregue el nombre del DVI o Establecimiento de salud y el código DEIS del Establecimiento de salud. Los DVI no tienen código DEIS.
6. Tipo de movimiento: marque no una X si el movimiento corresponde a un pedido o entrega de vacunas o IG, una devolución temporal, permanente o un retiro de mercado
7. USO ESTABLECIMIENTO DESTINO (SOLICITUD): Esta parte del formulario la debe completar el establecimiento que realiza la solicitud.
8. N° dosis en stock actual: Señale el número de dosis en stock del producto que solicita en su establecimiento.
9. N° dosis administradas / periodo: Señale el número de dosis administradas en el periodo desde la última solicitud de vacunas o IG
10. N° dosis solicitadas: Indique la cantidad de dosis solicitadas
11. USO ESTABLECIMIENTO ORIGEN (ENTREGA): Esta parte del formulario la debe completar el establecimiento que entrega los productos biológicos (DVI o establecimiento de salud). Si la información está contenida en el reporte del sistema de inventario, puede adjuntar la hoja a ambas copias del formulario, tachando la sección "uso establecimiento origen" completa, junto al mensaje "información adjunta". Coloque a las hojas impresas el folio del formulario en la parte superior derecha.
12. N° dosis entregadas: Indique la cantidad de dosis que se entregará.
13. N° serie o lote: Indique el N° de serie o lote de los productos que se entregará
14. Fecha vencimiento: Señale la fecha de vencimiento de los productos que se entregará
15. Laboratorio: Señale el nombre del laboratorio productor del producto biológico identificado
16. TRAZABILIDAD CONTENEDOR ISOTÉRMICO PASIVO (CIP): En esta sección se debe completar la información para la trazabilidad de las temperaturas de seguimiento del (los) CIP en cada punto de configuración (preparación).
17. Puntos de control de temperatura: Lugares donde inicia o finaliza un traslado de contenedor.
18. Lugar de control: Señale el nombre del establecimiento donde se mide la temperatura.
19. Hora: Señale la hora de medición de la temperatura en cada punto de salida o llegada, según corresponda.
20. Temperatura: Señale la temperatura medida en el CIP en cada punto de salida o llegada, según corresponda.
21. Nombre y firma responsable: Indique el nombre de la persona responsable y su firma respectiva.