

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN -PAI-

LISTA DE CHEQUEO: ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS- CON PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

La presente lista de chequeo tiene por objetivo verificar el cumplimiento de los componentes, procedimientos y acciones en el Programa Ampliado de Inmunizaciones implementado en una Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPS- (intramural/extramural) de acuerdo a la normatividad vigente y lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se identificarán los hallazgos, observaciones y recomendaciones de cada uno de los componentes verificados. Para ello se podrán solicitar copias de registros y documentos y registros fotográficos (los que no incluyen al talento humano de la IPS ni a usuarios(as)) en la IPS que complementen la información recolectada.

Al final se socializarán por el personal de Secretaría Distrital de Salud que realiza la visita, los hallazgos, recomendaciones y se generaran las acciones de mejora o compromisos pertinentes para garantizar el adecuado funcionamiento del programa.

Los ítems se valoran con las condiciones de SI, NO o No aplica, de acuerdo al cumplimiento o no de los mismos. Para la condición presente registre 1, es decir que por cada ítem solo habrá un valor de 1

| | |
|---|--|
| Nombre de IPS/ y/o equipo extramural: | Nombre y cargo de funcionarios(as) que atienden visita: |
| Fecha DE VISITA APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO: | Fecha ultima visita de habilitación: |
| Fecha de última visita de asistencia técnica en PAI: | Realizada por: |

| Componente | SI | NO | No aplica | Observaciones |
|--|-----------|-----------|------------------|----------------------|
| Componente de Gestión del programa | SI | NO | No aplica | Observaciones |
| Conoce e indica las metas de población para el Programa Ampliado de Inmunizaciones en la IPS | | | | |
| Horario de atención de vacunación publicado. Registre el que corresponda | | | | |
| Participa en el comité local de PAI | | | | |
| Cuenta con Manual Técnico Administrativo del PAI Ministerio de Salud y Protección Social-2015 | | | | |
| Componente de organización del servicio | SI | NO | No aplica | Observaciones |
| Cuenta con el área y distribución establecida por norma (20 m cuadrados) | | | | |
| Consultorio de Uso exclusivo para vacunación | | | | |
| Cuenta con iluminación suficiente y adecuada | | | | |
| Es de fácil acceso para los usuarios(as) | | | | |
| Cuenta con horario de atención publicado y señalización adecuada para acceso al servicio | | | | |
| Dispone de pisos y paredes en material higiénico sanitario, lavable | | | | |
| Dispone de escritorio y sillas en material higiénico sanitario y suficientes | | | | |
| Cuenta con estante o mueble en material higiénico sanitario, para almacenamiento adecuado de jeringas | | | | |
| Cuenta con lavamanos adecuado, con: jabón líquido, toallas de papel, alcohol isopropílico en gel para higiene de manos, todo en soportes higiénico sanitarios y fijos a la pared, poster de indicación de higiene de manos en material higiénico sanitario | | | | |
| Dispone de camilla adecuada y sillas, para aplicación de biológicos | | | | |
| Dispone de contenedores de paredes rígidas para residuos cortopunzantes (agujas y frascos de vacunas), fijo a la pared, cerca al área de administración de vacunas (verifique estado de llenado) | | | | |
| Dispone de canecas adecuadas de pedal con bolsa roja, verde y gris | | | | |
| Cuenta con estante adecuado para almacenamiento de papelería | | | | |
| Cables eléctricos adecuadamente canalizados | | | | |
| Procedimientos propios del PAI, documentados y socializados (verifique e indique los que apliquen): | SI | NO | No aplica | Observaciones |
| Vacunación intramural | | | | |
| Demanda inducida: mecanismo, responsables, periodicidad, socialización | | | | |
| Vacunación segura: lavado de manos; limpieza y desinfección rutinaria y terminal de superficies, elementos y equipos; accidente laboral; manejo y gestión integral de residuos. | | | | |
| Manejo y reporte de ESAVI (contiene mecanismo de referencia o remisión según nivel de atención, responsable(s) de participar en el análisis y cierre de caso en la IPS). | | | | |
| Vigilancia de eventos inmunoprevenibles (notificación y acciones de respuesta según nivel de atención de la IPS) | | | | |
| Componente de talento humano e insumos | SI | NO | No aplica | Observaciones |
| Vacunadores(as) certificadas en Norma de Competencia Laboral de Administración de Inmunobiológicos. Verifique | | | | |
| Profesional responsable del PAI cuenta con capacitación en PAI. Verifique fecha y donde fue realizada | | | | |
| Vacunadores(as) uniformados e identificados adecuadamente. Presentación personal limpia y organizada, uñas cortas y sin esmalte. Cabello recogido. Sin aretes. | | | | |
| Realiza control de movimiento de biológicos e insumos en los formatos estandarizados por la Secretaría Distrital de Salud (kardex) | | | | |
| El kardex está actualizado a la fecha de la visita (verifique) | | | | |
| Identifica las remesas de biológicos e insumos de acuerdo a lo recibido (verifique) | | | | |
| Cuenta con biológico e insumos suficientes para el mes (verifique) | | | | |
| Cuenta con jeringas suficientes para aplicación de vacuna (verifique) | | | | |
| Dispone de jeringas suficientes para reconstituir vacuna | | | | |
| Cuenta con insumos suficientes para el procedimiento de vacunación (torundas de algodón, agua limpia potable) (verifique) | | | | |
| Cuenta con carnés infantiles suficientes | | | | |
| Cuenta con carnés para adulto suficientes | | | 5 | |
| Condiciones adecuadas de almacenamiento de insumos y dispositivos médicos | | | | |

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN -PAI-

LISTA DE CHEQUEO: ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS- CON PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

La presente lista de chequeo tiene por objetivo verificar el cumplimiento de los componentes, procedimientos y acciones en el Programa Ampliado de Inmunizaciones implementado en una Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPS- (intramural/extramural) de acuerdo a la normatividad vigente y lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se identificarán los hallazgos, observaciones y recomendaciones de cada uno de los componentes verificados. Para ello se podrán solicitar copias de registros y documentos y registros fotográficos (los que no incluyen al talento humano de la IPS ni a usuarios(as)) en la IPS que complementen la información recolectada.

Al final se socializarán por el personal de Secretaría Distrital de Salud que realiza la visita, los hallazgos, recomendaciones y se generaran las acciones de mejora o compromisos pertinentes para garantizar el adecuado funcionamiento del programa.

Los ítems se valoran con las condiciones de SI, NO o No aplica, de acuerdo al cumplimiento o no de los mismos. Para la condición presente registre 1, es decir que por cada ítem solo habrá un valor de 1

| | |
|--|---|
| Nombre de IPS/ y/o equipo extramural: | Nombre y cargo de funcionarios(as) que atienden visita: |
| Fecha DE VISITA APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO: | Fecha ultima visita de habilitación: |
| Fecha de última visita de asistencia técnica en PAI: | Realizada por: |

| Componente | SI | NO | No aplica | Observaciones | | | |
|--|----|----|-----------|---------------|----------|-------|---------------|
| Componente de red de frío | SI | NO | No aplica | Tipo | Cantidad | Marca | Observaciones |
| Refrigerador horizontal. Ubicación del refrigerador según manual (alejado de fuente de calor, ventanas) | | | | | | | |
| Refrigerador vertical. Ubicación del refrigerador según manual (alejado de fuente de calor, ventanas) | | | | | | | |
| Sensor del termómetro correctamente ubicado (<i>mitad del equipo refrigerante</i>) | | | | | | | |
| Congelador para paquetes fríos | | | | | | | |
| Regulador electrónico de voltaje | | | | | | | |
| Aire acondicionado | | | | | | | |
| Planta eléctrica | | | | | | | |
| Termo | | | | | | | |
| Caja térmica | | | | | | | |
| Termohigrómetro | | | | | | | |
| Termómetro de máximas y mínimas | | | | | | | |
| Paquetes refrigerantes adecuados (<i>con tapa rosca y cargados con agua limpia, los que estén en uso deben estar en condiciones adecuadas de manejo temperados</i>) | | | | | | | |
| Cuenta con talento humano dedicado al manejo de la red de frío | | | | | | | |
| Hojas de Vida de todos los equipos se encuentran en consultorio de vacunación | | | | | | | |
| Capacidad de almacenamiento es suficiente según la población asignada y la necesidad de biológicos | | | | | | | |
| Almacenamiento de todos los biológicos es adecuado (verifique) | | | | | | | |
| La ubicación del termómetro es correcta | | | | | | | |
| Realiza control de temperatura 2 veces/día, todos los días del año | | | | | | | |
| Última fecha de calibración del termómetro de máximas y mínimas (cada 6 meses) | | | | | | | |
| Última fecha de cambio de baterías del termómetro de máximas y mínimas (cada 3 meses) | | | | | | | |
| Plan de contingencia ante interrupción de cadena de frío actualizado (<i>incluye datos de quienes y cómo realizan control de temperatura, inventarios de equipos incluido transporte, cadena de llamadas y datos de IPS de apoyo</i>) | | | | | | | |
| Cuenta con los procedimientos documentados y socializados de: almacenamiento de dispositivos médicos y productos biológicos, y control de temperatura | | | | | | | |
| Fecha de último mantenimiento preventivo de los equipos de cadena de frío (<i>refrigerador, planta eléctrica, congelador, aire acondicionado, cuarto frío</i>) | | | | | | | |
| Adherencia a procedimiento adecuado de limpieza y desinfección rutinaria y terminal de equipos y superficies (meson, camillas, estantes, muebles, escritorio, computador, elementos y equipos: bandejas, contenedores de algodón, termos, cajas térmicas u otros) (verifique) | | | | | | | |
| Cuenta con área para lavado de termos, paquetes fríos, caja térmica y demás elementos de consultorio de vacunación. Cuenta con mesón en material higiéncio sanitario (acero inoxidable), llave independiente para lavado, dispensador de jabón líquido, elementos e insumos propios de limpieza y desinfección. Verificar cumplimiento | | | | | | | |
| Cuenta con cronograma para limpieza y desinfección de refrigeradores y congeladores. Verificar cumplimiento | | | | | | | |
| Componente de Sistema de información | SI | NO | No aplica | Observaciones | | | |
| Cuenta con los formatos PAI establecidos (<i>sis150-151-anexo 8, control de temperatura, movimiento de biológico</i>) | | | | | | | |
| Diligencia registros de forma completa y con calidad (<i>verificar registro carné, aplicativo, actualización en aplicativo y registro diario</i>) | | | | | | | |
| Cuenta con equipo de cómputo (buen estado) y red de Internet | | | | | | | |
| Presenta inconsistencias con algún módulo del aplicativo PAI | | | | | | | |
| Realizan backup de la información del programa de forma periódica (mensual, bimensual o semestral) | | | | | | | |
| Ingresa información al aplicativo PAI web versión 2.0 en tiempo real | | | | | | | |
| Componente de vacunación segura | SI | NO | No aplica | Observaciones | | | |
| Cuenta con manual de bioseguridad que incluye lo propio de PAI (verifique): | | | | | | | |
| Los frascos abiertos se encuentran rotulados (verifique) | | | | | | | |
| Cumple con la política de frascos abiertos (verifique) | | | 5 | | | | |

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN -PAI-

LISTA DE CHEQUEO: ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS- CON PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

La presente lista de chequeo tiene por objetivo verificar el cumplimiento de los componentes, procedimientos y acciones en el Programa Ampliado de Inmunizaciones implementado en una Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPS- (intramural/extramural) de acuerdo a la normatividad vigente y lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se identificarán los hallazgos, observaciones y recomendaciones de cada uno de los componentes verificados. Para ello se podrán solicitar copias de registros y documentos y registros fotográficos (los que no incluyen al talento humano de la IPS ni a usuarios(as)) en la IPS que complementen la información recolectada.

Al final se socializarán por el personal de Secretaría Distrital de Salud que realiza la visita, los hallazgos, recomendaciones y se generaran las acciones de mejora o compromisos pertinentes para garantizar el adecuado funcionamiento del programa.

Los ítems se valoran con las condiciones de SI, NO o No aplica, de acuerdo al cumplimiento o no de los mismos. Para la condición presente registre 1, es decir que por cada ítem solo habrá un valor de 1

| | |
|--|---|
| Nombre de IPS/ y/o equipo extramural: | Nombre y cargo de funcionarios(as) que atienden visita: |
| Fecha DE VISITA APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO: | Fecha ultima visita de habilitación: |
| Fecha de última visita de asistencia técnica en PAI: | Realizada por: |

| Componente | SI | NO | No aplica | Observaciones |
|--|-----------|-----------|-----------|----------------------|
| Cumple con no tener jeringas prellenadas con biológico dentro del termo o refrigerador | | | | |
| Cuenta con la ruta sanitaria para evacuación de residuos peligrosos (verifique) | | | | |
| Cumple con no tener agujas insertadas en los viales abiertos | | | | |
| Cumple con no tener torundas de algodón previamente humedecidas | | | | |
| Dispone adecuadamente de las jeringas usadas (verifique) | | | | |
| Dispone adecuadamente de los frascos o viales o ampollas de vacunas a descartar (verifique) | | | | |
| Manejo adecuado de los contenedores de cortopunzantes (verifique) | | | | |
| Realiza disposición final adecuada de viales abiertos (verifique) | | | | |
| Cumple con afiliación de vacunador(a) a ARL. Verifique si ha tenido accidente ocupacional ocurrido en el proceso de vacunación y procedimiento | | | | |
| Realizan segregación adecuada de los residuos del programa PAI | | | | |
| Vacunador/a uniformado e identificado adecuadamente. Presentación personal limpia y organizada, uñas cortas y sin esmalte. Cabello recogido. Sin aretes. | | | | |
| Verifique la administración de las vacunas por parte del vacunador(a) de acuerdo a lo siguiente: | SI | NO | No aplica | |
| Brinda saludo y ambiente humanizado (llamado por el nombre, higiene de manos, ofrece asiento, indaga motivo de consulta, etc. | | | | |
| Asegura un ambiente de privacidad durante el procedimiento | | | | |
| Solicita y revisa el carné de vacunas (físico y aplicativo), para determinar el o los inmunobiológicos a administrar según el esquema establecido | | | | |
| Previo a la administración de los inmunobiológicos verifica la condición de salud del usuario/a y realiza anamnesis: indaga por antecedentes de alergias, situaciones presentadas con vacunaciones anteriores (síntomas y manejo de los mismos) | | | | |
| Explica de forma clara y sencilla la o las vacunas a colocar y el procedimiento, la forma de colocar al menor y sostenerlo con seguridad y brindando confianza | | | | |
| Realiza lavado o higiene de manos (uso agua y jabón o alcohol isopropílico en gel para higiene de manos), según procedimiento antes y después de administración de inmunobiológicos | | | | |
| Alista el equipo necesario para la preparación y administración de los inmunobiológicos | | | | |
| Verifica los correctos para la administración de inmunobiológicos (paciente, vacuna, dosis, vía, técnica y esquema entre otros). | | | | |
| Aplica las normas de bioseguridad y técnica aséptica durante la preparación y administración de los inmunobiológicos | | | | |
| Reconstituye el inmunobiológico según indicaciones del fabricante | | | | |
| Administra el inmunobiológico teniendo en cuenta el sitio y técnica de aplicación (ángulo y limpieza) | | | | |
| Indica al cuidador(a) abrazar y consolar al niño(a) | | | | |
| Aplica las normas técnicas en el manejo de los residuos | | | | |
| Finaliza procedimiento con higiene de manos, diligenciamiento de registros adecuados (registro nominal y carné de vacunas), explicación de cuidados pos vacunación, entrega de carné de vacunas, indicación de próxima cita de vacunación (fecha y tiempo), pregunta por inquietudes que tenga la madre y o cuidador(a), usuario/a y las resuelve. | | | | |
| Verifica la información dada al cuidador/a y/o usuario/a en: posibles reacciones secundarias de las vacunas, manejo de fiebre en casa, síntomas de alerta y donde acudir en caso de urgencia, y próxima cita | | | | |
| Indica al cuidador/a y/o usuario/a esperar en la sala luego de la vacunación, por unos 10 minutos (Sobre todo en vacunas como pentavalente, refuerzos de DPT y VPH) | | | | |
| Componente de vigilancia en salud pública | SI | NO | No aplica | Observaciones |
| La IPS cuenta con responsable de Vigilancia de eventos de interés en salud Pública | | | | |
| Cuenta con fichas de notificación de enfermedades inmunoprevenibles y eventos adversos atribuidos a la vacunación o inmunización ESAVI | | | | |
| Cuenta con protocolo de enfermedades inmunoprevenibles y eventos adversos atribuidos a la vacunación o inmunización ESAVI (verifique acceso a los protocolos del Instituto Nacional de Salud -INS-) | | | | |
| Conoce el procedimiento para la notificación de los eventos inmunoprevenibles y ESAVIS | | | 5 | |

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD - PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN -PAI-

LISTA DE CHEQUEO: ASESORÍA Y ASISTENCIA TÉCNICA A INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD -IPS- CON PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES

La presente lista de chequeo tiene por objetivo verificar el cumplimiento de los componentes, procedimientos y acciones en el Programa Ampliado de Inmunizaciones implementado en una Institución Prestadora de Servicios de Salud -IPS- (intramural/extramural) de acuerdo a la normatividad vigente y lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Se identificarán los hallazgos, observaciones y recomendaciones de cada uno de los componentes verificados. Para ello se podrán solicitar copias de registros y documentos y registros fotográficos (los que no incluyen al talento humano de la IPS ni a usuarios(as)) en la IPS que complementen la información recolectada.

Al final se socializarán por el personal de Secretaría Distrital de Salud que realiza la visita, los hallazgos, recomendaciones y se generaran las acciones de mejora o compromisos pertinentes para garantizar el adecuado funcionamiento del programa.

Los ítems se valoran con las condiciones de SI, NO o No aplica, de acuerdo al cumplimiento o no de los mismos. Para la condición presente registre 1, es decir que por cada ítem solo habrá un valor de 1

| | |
|---|--|
| Nombre de IPS/ y/o equipo extramural: | Nombre y cargo de funcionarios(as) que atienden visita: |
| Fecha DE VISITA APLICACIÓN LISTA DE CHEQUEO: | Fecha ultima visita de habilitación: |
| Fecha de última visita de asistencia técnica en PAI: | Realizada por: |

| Componente | SI | NO | No aplica | Observaciones |
|-------------------|-----------|-----------|------------------|----------------------|
| | | | | |

| Nombre participantes | Cargo | Institución |
|-----------------------------|--------------|--------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |