

DEMANDE D'ÉVALUATION DE PRODUITS IMMUNISANTS  
EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID (BCF)  
ADAPTÉ POUR LES VACCINS COVID 19

À remplir au moment de la  
découverte du BCF et acheminer au  
répondant régional de la gestion des  
produits immunisants :

[immunisation.dspu.ciusscscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:immunisation.dspu.ciusscscn@ssss.gouv.qc.ca)

Date du signalement : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

## 1. Identifications

Établissement public  Établissement privé

### A) Requirant

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

### B) Établissement/Clinique/Autre

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### C) Responsable administratif (suivi de facturation)

Nom : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Poste : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ-VOUS ASSURER QUE TOUS LES VACCINS VISÉS PAR L'INCIDENT SOIENT  
CONSERVÉS DANS UNE UNITÉ D'ENTREPOSAGE EN FONCTION DE LA TEMPÉRATURE**

RECOMMANDÉE ET MIS EN QUARANTAINE JUSQU'À LA RÉCEPTION DU RÉSULTAT DE  
L'ÉVALUATION PAR LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE (DSPUB).

## 2. Incident (ce qui a provoqué le bris de la chaîne de froid)

### A) Description de l'incident

Date et heure du **début de l'incident** si connue (ex. : panne électrique, porte mal fermée, ...)

Date: \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
Année / mois / jour

Date et heure de la **fin de l'incident** (de la cause - si connue)

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_  
Année / mois / jour

### B) Circonstances de l'incident

Lors du transport  Congelé  Réfrigéré

Date d'emballage: \_\_\_\_\_ Heure d'emballage : \_\_\_\_\_  
Année / mois / jour

Date de déballage: \_\_\_\_\_ Heure de déballage : \_\_\_\_\_  
Année / mois / jour

Lors de l'entreposage  Autre

Précisez : \_\_\_\_\_

### C) Causes de l'incident

Colis oubliés à la température de la pièce  Défaillance du réfrigérateur

Délais trop longs dans le transport  Emballage inadéquat

Mauvais réglage de l'alarme du réfrigérateur  Mauvaise calibration du thermostat

Panne électrique Cause de la panne : \_\_\_\_\_

Température non maintenue - Erreur humaine (ex : porte mal fermée, débranchement de l'appareil)

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Autre information pertinente

---

---

---

### 3. Description du bris de chaîne de froid

- A) Dernière date, heure et températures actuelle, minimale et maximale inscrites sur **le relevé de température (ou disponibles via enregistreur) alors que ces dernières se situaient** dans les valeurs recommandées **avant le BCF** ↗

Date: \_\_\_\_\_ Année / mois / jour      Heure : \_\_\_\_\_      ⇒ Température de l'unité d'entreposage :  
Actuelle : \_\_\_\_\_  
Minimale : \_\_\_\_\_  
Maximale : \_\_\_\_\_

- B) Date, heure et température au moment où la température était **hors norme** ↗

Date: \_\_\_\_\_ Année / mois / jour      Heure : \_\_\_\_\_  
Température de la pièce \_\_\_\_\_ °C      Températures de l'unité d'entreposage ↗  
Actuelle (courante) : \_\_\_\_\_ °C  
Minimale : \_\_\_\_\_ °C  
Maximale : \_\_\_\_\_ °C

- C) Date et heure **où les vaccins ont été remis dans une unité d'entreposage à des températures recommandées** (fin du BCF) ↗

Date: \_\_\_\_\_ Année / mois / jour      Heure : \_\_\_\_\_

- D) Type de thermomètre / indicateur de température utilisé ↗

- Thermomètre à enregistrement graphique       Thermomètre Minima-Maxima avec sonde dans le glycol  
 Thermomètre numérique intégré au réfrigérateur avec ou sans sonde       Indicateur de chaleur       Indicateur de froid  
 Enregistreur numérique (TempTale)

Autre, précisez : \_\_\_\_\_

- E) Lecture des dispositifs de surveillance de la température utilisés lors du transport (S'il y a lieu) ↗

Froid : \_\_\_\_\_ Chaleur : \_\_\_\_\_

Commentaires :

Acheminez une copie du dernier relevé de température. S'il s'agit d'un thermomètre à enregistrement graphique ou numérique, transmettre en plus une copie de la feuille graphique ou des enregistrements

### POUR USAGE DE LA DSP

Date du début du BCF (voir 3A) : \_\_\_\_\_ Heure du début du BCF : \_\_\_\_\_  
Année / mois / jour

Date de fin du BCF (voir 3C) : \_\_\_\_\_ Heure de fin du BCF : \_\_\_\_\_  
Année / mois / jour

Durée approximative du BCF \_\_\_\_\_ jour (s) \_\_\_\_\_ Heure (s)

ID du BCF : \_\_\_\_\_

Marge d'erreur du thermomètre °C : \_\_\_\_\_

## 4. État du (des) produit(s)

- Intact  Gel apparent  Boîte(s) endommagée(s)  
 Présence de particule ou de solution brouillée  Décongélation visible  
 Autre, précisez : \_\_\_\_\_

## 5. Information complémentaire en cas de réclamation à l'assureur

Description du réfrigérateur /congélateur (s'il y a lieu) ↗

Domestique  Commercial

Marque : \_\_\_\_\_ Modèle : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Date du dernier entretien : \_\_\_\_\_

Réparation du réfrigérateur/congélateur à la suite du bris de la chaîne  
de froid :

Oui

Non

Date de la réparation : \_\_\_\_\_ Nature de la réparation : \_\_\_\_\_

Date de toute autre intervention : \_\_\_\_\_ Intervention effectuée : \_\_\_\_\_

Si une réparation a été effectuée, conservez les pièces justificatives incluant les pièces défectueuses remplacées pour l'enquête et l'expertise de la réclamation.

## 6. Information à remplir par les établissements privés (ne faisant pas partie de l'AQESSS)

Site assuré contre la perte de vaccins :  Oui  Non

Si oui, montant de la franchise de l'assurance (\$) : \_\_\_\_\_

Dans le réfrigérateur : Valeur totale des vaccins achetés sur le marché privé \$ \_\_\_\_\_

La valeur des vaccins provenant du Ministère sera calculée par la DSPub

# 7. Grille d'inventaire des produits immunisants touchés par le bris de chaîne de froid

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Date de l'incident : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Code de l'établissement: \_\_\_\_\_ Réfrigérateur identification : \_\_\_\_\_ Localisation : \_\_\_\_\_ Date du signalement : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
année mois jour

<b>Section réservée au requérant</b>	<b>Section réservée au répondant de la DSPub pour évaluation <sup>1</sup></b>
--------------------------------------	---

Nom commercial	Format	N° lot	Date d'expiration	Si vaccin en format unidose, quantité en doses <sup>2</sup>	Si vaccin en fiole multi doses		Vaccin public (✓)	Vaccin privé (✓)	Date du bris antérieur/ T°/durée (s'il y a lieu)	N° produit Sigma Santé	Code de produit SI-PMI	Produits à conserver <sup>3</sup> (✓)	Produits à détruire (✓)	Coûts estimés (\$)
					# Fiole(s) complète(s) non entamée(s)	# doses restantes si fiole entamée								
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

**NE PAS OUBLIER D'ENVOYER VOTRE GRILLE DE TEMPÉRATURE AVEC VOTRE FORMULAIRE**

Signature du requérant : _____	Signature de l'évaluateur à la DSP : _____	<b>Total (\$)</b>	
--------------------------------	--	-------------------	--

1. Création d'un BCF dans SI-PMI, selon les modalités de la région.  
 2. Nombre de doses touchées par le BCF (excluant les fioles multi doses)  
 3. Inscrive sur chaque dose de vaccin : 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> bris, la date, la température et la durée de l'exposition OU Inscrive sur chaque dose de vaccin, le sous lot produit par SI-PMI + numéro d'identité fourni par la DSPub.