



| | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE VACUNACIÓN |
|--------------------------------------|--------------------------------------|

| | |
|--|---|
| Establecimiento | EDIFICIO COMUNAL |
| Nombre Completo | TAMARA ANDREA MONTIEL ALARCON |
| RUT | |
| Programa | VACUNACIÓN |
| Profesión | TECNICO EN ENFERMERIA DE NIVEL SUPERIOR |
| Horas trabajadas semanales | 44 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 DIAS |
| Días licencia | 0 DIAS |
| Fecha Informe | 18-05-2024 |

| | |
|-------------------|-------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$734.236 (N°36) |
|-------------------|-------------------------|

| | | |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-05-2024 | HASTA: 31-05-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|--|-------------------|---------------|
| 1 | Revisión de maletines de insumos de vacunas y caja de shock. | 1 | |
| 2 | Revisión en RNI, del estado de vacunación de usuarios de instituciones o establecimientos. | | |
| 3 | Armado de termos de vacunas siguiendo normas de cadena de frío (limpieza de los termos, preparación de unidades refrigerantes, presencia de termómetro, etc.) | | |
| 4 | Contabilizar el tipo y cantidad de vacunas que se utilizarán. | | |
| 5 | <p>Funciones en el lugar de vacunación:</p> <p>Preparación del lugar en el cual se realizará la vacunación, delimitando área sucia y limpia, distribución de los insumos en estas áreas, cumpliendo con las normas de asepsia y antisepsia.</p> <p>Preparación de las vacunas a administrar siguiendo los protocolos emanados desde el MINSAL, preocupándose de seguir la normativa vigente (POE).</p> <p>Administrar la vacuna correspondiente, siguiendo los 7 correctos de la administración (usuario, edad, vacuna, dosis, vía de administración,</p> | | |

| | | | |
|----------|---|--|--|
| | <p>contraindicaciones).</p> <p>Indicar al usuario y/o acompañante el tipo de vacuna administrada y los posibles efectos adversos que puede presentar.</p> <p>Control de temperatura según horario de los termos cada 1 hr, asegurando que se mantengas en los rangos de +2° y +8.</p> <p>Cuadratura de vacunas junto a dígítador, dosis administradas v/s dosis registradas.</p> <p>Informar al profesional de enfermería en caso de pérdida de dosis de vacunas o eliminación Limpieza del lugar de vacunación y guardar todos los insumos, equipamiento y limpieza,</p> | | |
| 6 | <p>Funciones al término de la jornada:</p> <p>Guardar vacunas en el refrigerador siguiendo las normas de cadena de frío.</p> <p>Guardar unidades de refrigerantes en donde corresponda y limpieza de termos.</p> <p>Eliminación de cortopunzantes en sala REA, cuando complete su estado de llenado Completar maletín de insumos y reponer en caso necesario.</p> | | |
| 7 | Revisión de maletines de insumos de vacunas y caja de shock. | | |

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al PRAPS. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

| | |
|---|--|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM <u>NO APLICA</u> |
| Nombre Completo: Tamara Andrea Montiel Alarcón RUT: | Nombre Completo: RUT: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa  | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: RUT: | Nombre Completo: RUT: |