

Farmacia Ospedale: _____

Data _____

Ora _____

VACCINO _____

N° confezioni	N° flaconcini	Lotto	Scadenza

Sono stati verificati i seguenti punti:

1. Integrità contenitore trasporto vaccini Si No
2. Presenza *data logger* Si No
3. Controllo documento di trasporto Si No
4. Copia documento di trasporto Si No
5. Controllo tracciato temperatura Si No
6. Copia del tracciato della temperatura? Si No
7. Il vaccino è stato conservato in freezer/ frigorifero in conformità con le modalità di conservazione riportate in scheda tecnica? Si No
8. Il lotto del vaccino è stato liberato? Si No
9. Sono state riscontrate anomalie/ non conformità? Si No
Se SI, si prega di specificare

Firma Farmacista
