

CEDULA TIPO ANEXO N° 5
CENTRO NACIONAL DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
Y CONTROL DE ENFERMEDADES
DIRECCION GENERAL ADJUNTA DE PROGRAMAS PREVENTIVOS
SUBDIRECCION DE ZONOSIS

ENCUESTA PARA EVALUACION DE CONDICIONES DE OPERACIÓN DEL PUESTO O BRIGADA
DE VACUNACIÓN ANTIRRÁBICA CANINA Y FELINA 2014

Fecha:	_____	Supervisor:	_____
Entidad:	_____	Jurisdicción:	_____
Municipio:	_____	Localidad:	_____
1. Tipo			
Puesto de Vacunación	Fijo <input type="checkbox"/>	Brigada Casa a Casa	<input type="checkbox"/>
Puesto de Vac.	Semifijo <input type="checkbox"/>	Ubicación	_____
2. Personal			
Cantidad	_____	Procedencia	_____
3. Turno			
Matutino	<input type="checkbox"/>	Vespertino	<input type="checkbox"/>
Hora de Inicio	_____	Fin de jornada	_____
4. ¿Recibió Capacitación para esta actividad?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿En que fecha?		_____	
¿Por quién fue impartida?		_____	
¿En cuanto tiempo?		_____	
5. ¿Ha recibido visitas de supervisión hoy?		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿De quién?		_____	
6. Ubicación e Identificación			
¿El puesto de vacunación, se ubicó donde se había planeado?			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
No, ¿Porque? _____			
¿El puesto de vacunación cuenta, con cartel identificador?			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
No, ¿Porque? _____			
¿Se informa a la comunidad que el servicio de vacunación es gratuito?			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
No, ¿Porque? _____			
¿En el momento de la supervisión, se cuenta con personal realizando actividades de promoción en el área?			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
No, ¿Porque? _____			
En caso afirmativo, ¿qué tipo de promoción se realiza?			
Perifoneo <input type="checkbox"/> Volanteo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Especifique _____			

7. Disponibilidad de Insumos

Hora del día _____

Insumo	No	Si	Cantidad	Insumo	No	Si	Cantidad
Vacuna				Reporte Diario de Brigada			
Placas				Hielo			
Jeringas				Termómetro			
Agujas				Tabla de Soporte			
Certificados				Toallas de Papel			
Mesa				Bolsa para Basura			
Sillas				Cuerda p/ Bozal			
Boligrafo				Papel de Estraza			
Thermo				Jabón			

Temperatura interna del Thermo: _____ °C

Observaciones:

Supervisor

Responsable del puesto

(Nombre)_____
(Nombre)_____
(Firma)_____
(Firma)