

POP

HUAB-UFRN/EBSERH

Verificação da Temperatura de Refrigerador e Freezer

Versão: 3 | 2024



1. QUEM

Equipe do Posto de Coleta de Leite Humano (PCLH) e Imunização do Hospital Universitário Ana Bezerra (HUAB).

2. OBJETIVO

Descrever procedimento de verificação de temperatura dos aparelhos de freezer e refrigerador que armazenam leite humano ordenhado cru (LHOC) e imunobiológicos.

3. MATERIAIS E EQUIPAMENTOS


- Refrigerador.
- Freezer.
- Pranchetas.
- Canetas.
- Formulário “Mapa de controle de temperatura”.

4. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

- O refrigerador e freezer devem ser localizados distante de fonte de calor e de incidência direta de luz solar. Para garantir a circulação de ar adequada mantenha o seguinte distanciamento: 10cm da parede ou de outro equipamento, 10cm nas laterais e 15cm no topo.
 - Dispor de um freezer exclusivo para LHOC com termo higrômetro.
 - Dispor de um refrigerador exclusivo para imunobiológicos com termo higrômetro.
 - Manter salas com ar condicionados ligados ininterruptamente com temperatura por volta de 21°C a 24°C, ou o mínimo possível.
 - Em todos os turnos de trabalho, diariamente, observar e registrar no mapa de controle de temperatura, as temperaturas máximas e mínimas no início e no fim do horário de trabalho.
 - Após verificação das temperaturas nos dois turnos, deletar os valores máximos e mínimos do termo higrômetro registrados, pressionando o botão max/min por dois segundos.
 - Manter mapa atualizado mensalmente.
 - Checar vedação do refrigerador e freezer.
 - Abrir o mínimo de vezes possíveis o refrigerador e freezer.
 - Higienizar/solicitar higienização do refrigerador e freezer, conforme rotina – freezer do PCLH a cada 15 dias e refrigerador da sala de imunobiológicos uma vez por mês.

- Utilizar caixas térmicas refrigeradas com gelo reciclável para guarda de LHOc e imunobiológicos, separadamente, quando necessário higienizar refrigerador/freezer ou realizar degelo.
- Manter o refrigerador de LHOc com temperaturas negativas (em torno de -18°C).
- Manter o refrigerador de imunobiológicos com temperaturas positivas ($+2^{\circ}\text{C}$ a $+8^{\circ}\text{C}$).
- Comunicar a enfermeira responsável pelo PCLH variações não esperadas de temperaturas do refrigerador e freezer.
- Observar se houve degelo de LHOc ao selecionar frascos para envio de leite ao BLH.
- Solicitar manutenção do refrigerador e freezer sempre que necessário.


APÊNDICE A

	MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA PRAÇA TEQUINHA FARIAS, 13 Santa Cruz/RN 59 200-000. FONE (84) 3291 2324 FAX (84) 3291 2325 e-mail: direcao@huab.ufrrn.br
---	---

POSTO DE COLETA DE LEITE HUMANO – HUAB
 MAPA DE CONTROLE DE TEMPERATURA – () LHOc () LHP
 MÊS: _____ ANO: _____

DIA	ENTRADA		SAÍDA		RESPONSÁVEL
	TEMP. MÁXIMA	TEMP. MÍNIMA	TEMP. MÁXIMA	TEMP. MÍNIMA	
01					
02					
03					
04					
05					
06					
07					
08					
09					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Ministério da Saúde
 Fundação Nacional de Saúde
 CENEPI - Programa Nacional de Imunizações



CONTROLE DE TEMPERATURA
IDENTIFICAÇÃO

Unidade de Saúde: _____ UF: _____ Reg.: _____ Carga de Município: _____ Município / Regional / Estado: _____

Nome: _____ Tipo de Equipamento: Freezer Geladeira Câmara Fria Marca: _____ Fonte de Energia: _____

Especificação de Temperatura		Dia do Mês															
Módulo	Máxima	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
	Mínima																
Tarde	Máxima																
	Mínima																
Faixa	Momento																
	Horas																
	Temperatura																
Dia 2 parâmetros																	

Especificação de Temperatura		Dia do Mês															
Módulo	Máxima	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
	Mínima																
Tarde	Máxima																
	Mínima																
Faixa	Momento																
	Horas																
	Temperatura																
Dia 2 parâmetros																	

Observações:

Responsável pelo preenchimento: _____
 Célula / Assinatura _____ Data: _____

Atenção:
 1) Este impresso deve ser preenchido corretamente de acordo com a legislação.
 2) Preencher este formulário no local anterior ao equipamento.
 3) Verificar a leitura e temperatura de máxima (T_{max}) e a mínima (T_{min}).
 4) Desprezar os dados, domingos e feriados.
 5) No campo OBSERVAÇÕES deve ser anotado:
 a) Quando não, onde foram realizadas as imunizações durante o tempo, qual a temperatura no momento em que as vacinas foram armazenadas no equipamento.
 b) Quando não, onde foram realizadas as imunizações, temperatura de armazenamento no local de origem, prazo de validade, etc.
 c) Quando não, onde foram realizadas as imunizações, temperatura de armazenamento, data de produção, etc.

5. REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. BLH-IFF/NT 38.21: Controle de temperatura dos freezers. V.1, N.38, setembro, 2021.

REDE BRASILEIRA DE BANCOS DE LEITE HUMANO. BLH-IFF/NT 49.2: Ambiência - Controle de Climatização de Ambiência em BLH e Postos de Coleta de Leite Humano. V.1, N.49, setembro, 2021.

6. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão	Data	Descrição da alteração
1	03/02/2020	Versão inicial.
2	13/07/2022	Alteração em título, edição em procedimentos normativos e correção ortográfica.
3	11/12/2024	Atualização em procedimentos de rotina. Formatação de acordo com os padrões recomendados.

7. RESPONSÁVEIS PELO DOCUMENTO

Elaboração Andréa Bárbara Araújo Gomes-UTIN/DMED/GAS Ana Célia de Medeiros Dantas-UTIN/DMED/GAS Jordânia Kelly Pereira Souto-UTIN/DMED/GAS Allyne Gyselle Neves dos Santos-UTIN/DMED/GAS Jessica Jane Soares de Melo - UTIN/DMED/GAS Fernanda Larissa Luciano da Costa - UTIN/DMED/GAS	Data: 11/12/2024
Análise Antônio Augusto Oliveira da Costa-UTIN/DMED/GAS Quenia Camille Soares Martins-DENF/GAS	Data: 11/12/2024
Validação Vanessa Freires Maia – STGQ/SUP	Data: 20/02/2025
Aprovação Antônio Augusto Oliveira da Costa-UTIN/DMED/GAS	Data: 11/12/2024



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANA BEZERRA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
Praça Tequinha Farias, nº 13 - Bairro Centro, Santa Cruz/RN, CEP 59200-000
- <http://huab-ufrn.ebserh.gov.br>

Certidão

Processo nº 23527.001434/2025-50

Interessado: @interessados_virgula_espaco@

Certidão de assinatura POP Verificação da Temperatura de Refrigerador e Freezer 49499069

<p>Elaboração Andréa Bárbara Araújo Gomes-UTIN/DMED/GAS Ana Célia de Medeiros Dantas-UTIN/DMED/GAS Jordânia Kelly Pereira Souto-UTIN/DMED/GAS Allyne Gyselle Neves dos Santos-UTIN/DMED/GAS Jessica Jane Soares de Melo - UTIN/DMED/GAS Fernanda Larissa Luciano da Costa - UTIN/DMED/GAS</p>	Data: 11/12/2024
<p>Análise Antônio Augusto Oliveira da Costa-UTIN/DMED/GAS Quenia Camille Soares Martins-DENF/GAS</p>	Data: 11/12/2024
<p>Validação Wilton Nogueira de Abreu – STGQ/SUP Franciane Carla de Souza Bento -- STGQ/SUP</p>	Data: 20/02/2025
<p>Aprovação Antônio Augusto Oliveira da Costa-UTIN/DMED/GAS</p>	Data: 11/12/2024



Documento assinado eletronicamente por **Allyne Gyselle Neves dos Santos, Enfermeiro(a)**, em 15/05/2025, às 14:16, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Fernanda Larissa Luciano da Costa, Técnico(a) em Enfermagem**, em 15/05/2025, às 15:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Célia de Medeiros Dantas, Técnico(a) em Enfermagem**, em 15/05/2025, às 16:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jordânia Kelly Pereira Souto, Técnico(a) em Enfermagem**, em 19/05/2025, às 15:59, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Jane Soares de Melo, Técnico(a) em Enfermagem**, em 20/05/2025, às 18:40, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Wilton Nogueira de Abreu, Técnico(a) em Enfermagem**, em 26/05/2025, às 13:53, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Antônio Augusto Oliveira da Costa, Chefe de Unidade**, em 27/05/2025, às 11:22, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, caput, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **49499114** e o código CRC **5E096A11**.