

GUÍA DE TRÁMITE

Trámite	Autorización de Área para Aplicación de Vacunas en Farmacias
Descripción	Requisitos: Documentación correspondiente que debe presentar el interesado para la autorización de área exclusiva destinada a la aplicación de vacunas del programa provincial de inmunizaciones y las dispensadas exclusivamente en la misma farmacia según Resol 2583/2025
Presentación	La solicitud se presenta escaneado, en formato PDF por sistema tickets y/o mail a correo electrónico del Departamento de Farmacia.
Responsable	Jefe Departamento de Farmacia.
Email	deptofarmacia@mendoza.gov.ar
Teléfonos	0261-4234715 / 0261-4255062
Oficina	Rondeau 50, 2do Piso, Ciudad de Mendoza. CP: M5500CCB
Horario	Lunes a Viernes de 8 Hs. a 21 Hs.
Requisito del Trámite	El interesado deberá presentar por mail la siguiente documentación: 1.1-Nota firmada, solicitando AUTORIZACIÓN para aplicación de vacunas dispensadas exclusivamente en la farmacia y/o la aplicación de vacunas correspondientes a campañas oficiales/calendarios de vacunación, indicando el nombre de la farmacia, DT y datos del propietario. 1.2- Procedimiento Operativo Estandarizado (POE) de Aplicación de Vacunas: Debe adjuntar el documento de procedimientos internos que describa el flujo de trabajo. Este POE debe contener, como mínimo y de forma obligatoria, los siguientes pasos secuenciales: a) Recepción de la prescripción médica, b) Verificación de stock, c) Ingreso del paciente al área de aplicación de vacunas, d) Resguardo de la intimidad del paciente, e) Lavado de manos, f) Extracción de la vacuna de su envase secundario, g) Sanitización de manos del profesional que vacuna, h) Aplicación de la vacuna al paciente, i) Registro de la vacunación. (Se adjunta modelo de POE). 1.3- Croquis del Establecimiento: Croquis de la farmacia donde incluya ubicación del área de aplicación de vacunas, debidamente delimitado. 1.4- Listado y Certificados del curso de vacunación vigente del programa PAI de todos los profesionales farmacéuticos que aplicarán vacunas. Evaluada la situación, el Departamento de Farmacia notificará al interesado por ACTA y/o CEDULA, de la Autorización o No para la Aplicación de vacunas en el área exclusiva destinada a tal fin.
Arancel (Resol Nº 1094/25)	No arancelado
Solicitud	ANEXO XXI “SOLICITUD DE AUTORIZACION DE AREA EXCLUSIVA PARA APLICACIÓN DE VACUNAS EN FARMACIAS” “LA AUTORIZACIÓN SE HARÁ EFECTIVA A PARTIR DEL DICTADO DE LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL”

REVISIÓN: 12-2024

**SOLICITUD DE AUTORIZACION DE AREA EXCLUSIVA PARA
APLICACIÓN DE VACUNAS EN FARMACIAS
ANEXO XXI**

Mendoza, ____/____/____.-

Departamento de Farmacia
Ministerio de Salud y
Deportes Sra. Jefa
Farm. María Elsa García
S_____/____ D

Por medio de la presente, quien suscribe Farm.
..... Matrícula Prof. N°, en mi
carácter de Director Técnico de la Farmacia, sita
en calle; de la localidad de
.....; Departamento
solicita a Usted la debida autorización del Área Exclusiva para Aplicación de Vacunas, en
la que se realizará la aplicación de:

1. Vacunas que se dispensen en nuestra farmacia bajo prescripción.
2. Vacunas incluidas en campañas oficiales y calendarios de vacunación.

A tal fin, se adjunta POE: “PROCEDIMIENTO PARA
APLICACIÓN DE VACUNAS EN FARMACIA” y declaramos contar con las instalaciones
adecuadas que garanticen la privacidad del acto, el equipamiento necesario y el personal
capacitado conforme a requerimientos específicos de aplicación de vacunas, adjuntamos
croquis, listado de profesionales certificados y sus correspondientes certificados PAI.

De conformidad a lo solicitado en la presente nota y la
documentación adjunta, los datos consignados por los abajo firmantes, tienen carácter de
Declaración Jurada.

.....
FIRMA Y ACLARACION DEL PROPIETARIO

.....
FIRMA Y SELLO FARMACEUTICO DT

LISTADO DE PROFESIONALES CERTIFICADOS PARA VACUNAR

Apellido y Nombre	MP N°	FIRMA

.....
FIRMA Y ACLARACION DEL PROPIETARIO

.....
FIRMA Y SELLO FARMACEUTICO DT

LOGO Y NOMBRE DE LA INSTITUCION	Manual de Gestión de FARMACIA	MG01.PR02 Código	4 de 5 Página
		05.12.2025 Emisión	05.12.2025 Revisión
PROCEDIMIENTO PARA PALICACION DE VACUNAS		00 N° Revisión	Copia Controlada

1. OBJETIVO

Establecer las pautas y responsabilidades para la correcta aplicación de vacunas en farmacias habilitadas de la provincia de Mendoza, garantizando seguridad del paciente, cumplimiento normativo y trazabilidad de los registros.

2. ALCANCE

- Personal farmacéutico **certificados para vacunar**.
- Vacunas del Calendario Nacional de Inmunizaciones y campañas provinciales.
- Pacientes de todas las edades según normativa vigente.

3. RESPONSABLES

- Farmacéutico Director Técnico: responsable de la organización, supervisión y cumplimiento **del presente procedimiento**.
- Farmacéutico aplicador: responsable directo de la aplicación, registro y seguimiento.
- Autoridad sanitaria provincial: fiscalización externa..

4. DESARROLLO

1 - Recepción: El personal de mostrador recibe la prescripción médica, valida la identidad del paciente y la vigencia de la receta.

2 - Stock: Se verifica en el sistema y en la heladera la existencia física de la vacuna, asegurando que no haya interrupción de la cadena de frío.

3 - Ingreso: Se invita al paciente a **dirigirse al Área de aplicación de vacunas y se procede a la evaluación del paciente (confirmar identidad y edad, revisar antecedentes de vacunación previa y contraindicaciones)**

4 – Intimidad: Se debe asegurar **en todo momento** la intimidad del paciente (Área cerrada a la visión de terceros fija o móvil)

5- Preparación: Dentro del área de vacunación, el Farmacéutico **certificado** retira la vacuna de su envase secundario, verifica lote y vencimiento frente al paciente.

6 – Sanitización: El profesional procede a la correcta sanitización de sus manos utilizando alcohol en gel o lavado antiséptico.

7 - Aplicación: Se realiza la antisepsia de la zona de la piel del paciente y se procede a **aplicación de la vacuna según ficha técnica de la vacuna**. Se descarta la aguja conforme normativa vigente. **Esperar 5 minutos antes de permitir el retiro del paciente para evaluación de estado general y manifestación de ESAVI.**

9 - Registro: Se completa el certificado de vacunación del paciente, se registra la **aplicación en**

el libro registro de vacunaciones y en el sistema de gestión NOMIVAC/sistema interno.

De aparecer ESAVI, debe notificarse al sistema SISA.

5. DOCUMENTOS Y REGISTROS RELACIONADOS

- Calendario Nacional de Vacunación (Ministerio de Salud de la Nación).
- Manual de Buenas Prácticas de Farmacia.
- Libro de registro de vacunas.
- **Sistema NOMIVAC.**
- **Sistema SISA**

6. LEGISLACION VIGENTE RELACIONADA

- **Ley 17565**
- Ley Nacional 27.491 – Control de Enfermedades Inmunoprevenibles.
- **Resolución 2563/2025**

7. DEFINICIONES

PAI: programa ampliado de inmunizaciones

ESAVI: evento adverso supuestamente atribuible a vacunación e inmunización

NOMIVAC: Sistema de Registro Nacional **vacunación**.

SISA: Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina

8. LISTA DE DISTRIBUCION

Este documento será distribuido en forma impresa en las siguientes Areas y/o Sectores.

Copia Nº	Área o Sector	Copia Nº	Área o Sector
1		2	

9. APROBACIÓN DE DOCUMENTOS

Confeccionó / Revisó	Controló	Aprobó
Dr. Barochovich, Sergio Dr. Manassero, Carlos	Dra. García María Elsa	
Nombre y Apellido	Nombre y Apellido	Nombre y Apellido