**แบบรายงานเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น (Temp2/3)**

ศูนย์บริการสาธารณสุข...........................................................................................................................................................................

สาเหตุของเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น ❒ ตู้เย็นเสีย ❒ กระแสไฟฟ้าขัดข้อง

❒ อื่นๆ (ระบุ)......................................................................................... เมื่อวันที่...............................................................................

อุณหภูมิในตู้เย็น (ทันทีที่ตรวจพบ)............................ oC ระยะเวลาที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน..................................ชั่วโมง

หลังตรวจพบอุณหภูมิสูงกว่ามาตรฐานเก็บวัคซีนไว้ใน............................................................................อุณหภูมิ..............................oC

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| วัคซีน | บริษัท | Lot No. | วันหมดอายุ | การเปลี่ยนแปลง  เครื่องหมาย VVM (ถ้ามี) | จำนวน (ขวด) | การจัดการภายหลังการรายงาน  (เฉพาะ กคร.) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

ผู้รายงาน...................................................................

โทรศัพท์....................................................................

โทรสาร......................................................................

วัน เดือน ปี ที่รายงาน…………………………………………

หมายเหตุ : 1. กรุณาส่งแบบรายงานฯ นี้**ทันที**ที่พบเหตุการณ์ฉุกเฉิน

2. ทำบันทึกถึงผู้อำนวยการกองควบคุมโรคติดต่อเพื่อชี้แจงในรายละเอียด

สถานที่ส่ง : กลุ่มงานโรคติดต่อทั่วไป กองควบคุมโรคติดต่อ ณ อาคารธานีนพรัตน์ชั้น 2 โทร/โทรสาร 0 2203 2887-9