แบบสอบสวนเหตุการณ์ฉุกเฉินในระบบลูกโซ่ความเย็น (Temp.3/2)

กลุ่มเขต.....ศูนย์บริการสาธารณสุข/
สาขา.....
ผู้รับผิดชอบระบบลูกโซ่ความเย็น (นาย/นาง/
นางสาว).....
นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....เบอร์โทรศัพท์/
โทรสาร.....
วัน/เดือน/ปี ที่สอบสวน
เหตุการณ์.....
.....

เหตุการณ์ที่เกิด
ขึ้น.....
.....
……
……
……..
……
……
……
……
……..
ผลการ
สอบสวน.....
.....
……
……
……..
……
……
……..
……
……
……..

มาตรการ/แนวทางการ
แก้ไข..

....

....

....

ผลการพิจารณา

☐เหตุสุดวิสัย

....

☐ประมาท
เลินเล่อ..

☐อื่นๆ
(ระบุ)..

(ลงชื่อ)..ประธานกรรมการ

(..)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข

(ลงชื่อ)..กรรมการ

(..)

หัวหน้าพยาบาล

(ลงชื่อ).....กรรมการ

(.....)

เภสัชกร/พยาบาลวิชาชีพ

หมายเหตุ : ส่งแบบสอบสวนเหตุการณ์ฉุกเฉินฯ นี้ไปที่กลุ่มงานโรคติดต่อทั่วไป สำนักงานโรคติดต่อทางสาธารณสุข ชั้น 2 อาคารธานีนพรัตน์ ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร (ดินแดง) ภายใน 7 วัน หลังเกิดเหตุการณ์ฯ