

**รายงานการควบคุมโรค**  
(Outbreak Response Immunization : ORI)

จังหวัด .....

ชื่อ - สกุล ผู้ป่วย ..... อายุ .....ปี .....เดือน

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ตำบล .....อำเภอ.....

วันที่เริ่มมีอาการอัมพาต .....วันที่รับการรักษา .....

อายุกลุ่มเป้าหมายที่หยุดวัคซีน .....

พื้นที่ดำเนินการให้วัคซีน	จำนวนเด็ก เป้าหมาย	จำนวนเด็ก ที่ได้วัคซีน	วันที่ให้วัคซีน
หมู่บ้าน .....			
หมู่บ้าน .....			
หมู่บ้าน .....			
หมู่บ้าน .....			
โรงเรียน .....			
<b>รวม</b>	จำนวนเด็ก เป้าหมาย	จำนวนเด็ก ที่ได้วัคซีน	<b>ความครอบคลุม (%)</b>

โปรดส่งรายงานที่ \_\_\_\_\_ สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค ภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากได้รับแจ้งรายงานผู้ป่วย  
ทางโทรสารหมายเลข 0 2591 8425