

แบบสอบถามผู้ได้รับพิษจากก๊าซแอมโมเนียรั่วไหล

ชื่อโรงงานที่เกิดเหตุ/ประเภทกิจการ.....

จุดที่เกิดเหตุ.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลาที่เกิดเหตุ.....เวลาที่สามารถระงับเหตุได้.....

() พนักงานของบริษัท () ทีมกู้ภัยของบริษัท () ทีมกู้ภัยจากภายนอก

() ประชาชน () เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระบุ..... () อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

2. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อดี -

3. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง

4. สัญชาติ () 1. ไทย () 2. กัมพูชา () 3. พม่า () 4. อื่นๆ ระบุ.....

5. สถานภาพ () 1. โสด () 2. คู่ () 3. หม้าย () 4. หย่าร้าง () 5. แยกกันอยู่

6. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง.....โทรศัพท์.....

7. อาชีพ

() 1. รับจ้างทั่วไป () 2. รับจ้างในโรงงาน () 3. พนักงานของโรงงานที่รั่วไหล

() 4. ค้าขาย () 5. แม่บ้าน () 6. อื่นๆ ระบุ.....

8. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่

() 1. ไม่สูบ () 2. สูบเป็นบางครั้ง/สูบนานๆ ครั้ง () 3. สูบเป็นประจำ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

9. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ () 1. มี () 2. ไม่มี

ถ้ามีระบุ

() 1. มะเร็งปอด () 2. วัณโรค () 3. โรคหลอดเลือดสมองเรื้อรัง () 4. โรคหอบหืด

() 5. โรคลมชัก () 6. โรคหัวใจ () 7. โรคความดันโลหิตสูง () 8. โรคผิวหนัง

() 9. โรคภูมิแพ้ () 10. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 ประวัติการได้รับสูดก๊าซ หรือสารระเหย

10. ระหว่างการทำงานในโรงงานแห่งนี้หรือ อาศัยอยู่บริเวณบ้านท่าน ท่านเคยได้รับกลิ่นก๊าซ สารเคมีหรือไม่

- () 1. ไม่เคย (จบการสัมภาษณ์) () 2. เคย ระบุเวลาได้กลิ่น.....

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการสัมผัสสารเคมีครั้งนี้

11. ท่านเริ่มได้รับกลิ่นสารเคมี เมื่อเวลา.....น. ถึงเวลา.....น. ชม.

ลักษณะกลิ่นที่ท่านได้รับ.....

12. ขณะเกิดเหตุการณ์ ท่านอยู่จุดใด ระบุ.....อยู่ห่างจากที่เกิดเหตุ.....เมตร

13. หลังจากได้รับกลิ่นสารเคมีแล้ว ท่านมีอาการผิดปกติหรือไม่

- () 1. ไม่มี (จบการสัมภาษณ์) () 2. มีโดยมีอาการผิดปกติดังนี้

อาการ	/...../.....	/...../...	/...../...	/...../...	/...../...	/...../...
	เวลาที่เริ่มมีอาการ	รวมเวลาที่เริ่มมีอาการ (ชม./นาที)	เวลาที่เริ่มมีอาการ	รวมเวลาที่เริ่มมีอาการ (ชม./นาที)	เวลาที่เริ่มมีอาการ (ชม./นาที)	รวมเวลาที่เริ่มมีอาการ (ชม./นาที)
แสบตา						
น้ำตาไหล						
แสบจมูก						
น้ำมูกไหล						
แสบคอ/คอแห้ง						
เจ็บคอ						
ไอ						
แน่นหน้าอก						
หายใจไม่สะดวก						
คลื่นไส้						
อาเจียน						
เวียนศีรษะ						
มึนงง						
หน้ามืด						
เป็นลม						
ครั่นเนื้อครั่นตัว เหมือนจะมีไข้						
อาการอื่นๆระบุ						

14. หลังจากที่ท่านมีอาการทำงานปฏิบัติหรือได้รับการช่วยเหลือโดย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. มีการประกาศให้รีบออกนอกบริเวณโรงงาน
- () 2.สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่โรงงานจัดไว้ได้แก่.....
- () 3. ได้รับการปฐมพยาบาลในบริเวณโรงงาน ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
- () 4. ได้รับการปฐมพยาบาลและถูกนำส่งโรงพยาบาล
- () 5. ถูกนำส่งโรงพยาบาลทันที
- () 6. เดินทางไปรักษาด้วยตนเอง
- () 7. ไม่ได้เข้ารับการรักษา
- () 8. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการรักษา

15. ท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อ เวลา.....น.ชื่อสถานพยาบาลที่ให้การรักษา.....

ประเภทผู้ป่วย () 1. ผู้ป่วยนอก () 2. ผู้ป่วยใน จำนวนวันรักษา.....วัน

การวินิจฉัยของแพทย์.....

การรักษาที่ได้รับ

.....
.....

ชื่อ.....ตำแหน่ง

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

วันที่.....