

แบบสอบถามเหตุการณ์อุบัติภัยสารเคมี (สารเคมีระเบิด ไฟไหม้ รั่วไหล)

ชื่อโรงงานที่เกิดเหตุ/ประเภทกิจการ.....

จุดที่เกิดเหตุ.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลาที่เกิดเหตุ.....

ผู้ได้รับผลกระทบ

() พนักงานของบริษัท () ทีมกู้ภัยของบริษัท () ทีมกู้ภัยจากภายนอก ระบุหน่วยงาน.....

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

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

2. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

3. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง

4. สัญชาติ () 1. ไทย () 2. กัมพูชา () 3. พม่า () 4. อื่น ๆ 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.....

จำนวนสมาชิกในครอบครัว ขณะเกิดเหตุ จำนวน.....คน

7. อาชีพ

() 1. รับจ้างทั่วไป () 2. รับจ้างในเรือ () 3. พนักงานของอู่ซ่อมเรือ

() 4. ค้าขาย () 5. แม่บ้าน () 6. อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

8. 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. อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 3 ประวัติการได้รับสูดก๊าซ สารเคมี หรือสารระเหย

9. ท่านเคยได้รับกลิ่นก๊าซ ไอระเหย หรือสารเคมีระหว่างการทำงานในสถานที่เกิดเหตุแห่งนี้ หรือ ขณะอาศัยอยู่บริเวณบ้านของท่าน หรือไม่
- () 1. ไม่เคย () 2. เคย ระบุเวลาได้กลิ่นครั้งสุดท้าย.....
10. ท่านเริ่มได้รับกลิ่นสารเคมี เมื่อเวลา.....น. ถึงเวลา.....น.
ลักษณะกลิ่นที่ท่านได้รับ.....
11. ขณะเกิดเหตุการณ์ ท่านอยู่จุดใด ระบุ.....อยู่ห่างจากที่เกิดเหตุ.....เมตร
- วาดรูป [แผนที่]

12. หลังจากได้รับกลิ่นสารเคมีแล้ว ท่านมีอาการผิดปกติหรือไม่
- () 1. ไม่มี () 2. มีโดยมีอาการผิดปกติดังนี้

อาการ	วัน เดือน ปี ที่เริ่มมีอาการ/...../.....	เวลาที่เริ่มมีอาการ น.	รวมเวลาที่มีอาการ (ชม./นาที) ชม./.....นาที	หมายเหตุ
แสบตา				
แสบจมูก				
แสบคอ/คอแห้ง				
เจ็บคอ				
ไอ				
แน่นหน้าอก				
หายใจไม่สะดวก				
คลื่นไส้				
อาเจียน				
เวียนศีรษะ				

อาการ	วัน เดือน ปี ที่เริ่มมีอาการ/...../.....	เวลาที่เริ่มมีอาการ น.	รวมเวลาที่มีอาการ (ชม./นาที) ชม./..... นาที	หมายเหตุ
มึนงง				
หน้ามืด				
เป็นลม				
ครั่นเนื้อครั่นตัวเหมือนจะมีไข้				
แผลไฟไหม้				
แผลฉีกขาดจากแรงระเบิด				
อาการอื่นๆ ระบุ				

13. หลังจากที่ทำมีอาการท่านปฏิบัติ หรือได้รับการช่วยเหลือโดย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. มีการประกาศให้รีบออกนอกบริเวณพื้นที่เหตุระเบิด
- () 2. สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่สถานที่เกิดเหตุจัดไว้ ได้แก่.....
- () 3. ได้รับการปฐมพยาบาลในบริเวณสถานที่เกิดเหตุ ไม่ได้เข้ารับการรักษที่โรงพยาบาล
- () 4. ได้รับการปฐมพยาบาลและถูกนำส่งโรงพยาบาล
- () 5. ถูกนำส่งโรงพยาบาลทันที
- () 6. เดินทางไปรักษาด้วยตนเอง
- () 7. ไม่ได้เข้ารับการรักษ
- () 8. อื่น ๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรักษา

14. ท่านเข้ารับการรักษในโรงพยาบาลเมื่อ เวลา.....น.

ชื่อสถานพยาบาลที่ให้การรักษา.....

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

การวินิจฉัยของแพทย์.....

การรักษาที่ได้รับ.....

ชื่อ.....สัมพันธ์

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

วันที่.....