

แบบสอบถามผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตด้วยโรคจากภาวะอับอากาศ

คำชี้แจง

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเพื่อบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บหรือเสียชีวิตด้วยโรคจากภาวะอับอากาศ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ และเติมข้อความลงในช่อง

- ผู้ตอบแบบสอบถาม ☐ ผู้ร่วมอยู่ในเหตุการณ์ขณะเกิดเหตุ ☐ญาติ/คนในครอบครัว
☐ ทีมกู้ภัย/ทีมกู้ชีพ ☐ อื่น ๆ ระบุ



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ชื่อ นามสกุล อายุ ปี
- 2.2 เพศ
☐ 1. ชาย ☐ 2. หญิง
- 1.3 สัญชาติ
☐ 1. ไทย ☐ 2. กัมพูชา ☐ 3. พม่า ☐ 4. อื่น ๆ ระบุ
- 1.4 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ หมู่ที่ ถนน ตรอก/ซอย
ตำบล อำเภอ จังหวัด เบอร์โทร
- 1.5 อาชีพ
☐ 1. รับจ้าง ระบุ ☐ 2. ค้าขาย
☐ 3. แม่บ้าน ☐ 4. เกษตร
☐ 5. อื่น ๆ ระบุ
- 1.6 ปัจจุบันท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือไม่
☐ 1. ไม่ดื่ม ☐ 2. ดื่มเป็นบางครั้ง/ดื่มนาน ๆ ครั้ง
☐ 3. ดื่มเป็นประจำ/ดื่มเป็นนิสัย
- 1.7 ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่
☐ 1. ไม่สูบ ☐ 2. สูบเป็นบางครั้ง/สูบนาน ๆ ครั้ง
☐ 3. สูบเป็นประจำ



ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

- 2.1 ท่านมีโรคประจำตัว หรือไม่
☐ 1. ไม่มี
☐ 2. มี (ถ้ามีระบุ)
☐ 1. โรคหลอดเลือดสมอง ☐ 2. โรคหอบหืด ☐ 3. โรคลมชัก
☐ 4. โรคหัวใจ ☐ 5. โรคความดันโลหิตสูง ☐ 6. โรคภูมิแพ้
☐ 7. โรคภูมิแพ้ ☐ 8. อื่น ๆ ระบุ



ส่วนที่ 3 ประวัติการสัมผัส

- 3.1 ขณะเกิดเหตุการณ์ ท่านอยู่จุดใด ระบุ อยู่ห่างจากที่เกิดเหตุ เมตร
- 3.2 ท่านได้กลิ่น/ไอระเหยสารเคมี ในระหว่างอยู่ในสถานที่เกิดเหตุ หรือไม่
☐ 1. ไม่เคย ☐ 2. เคย อธิบายกลิ่น
- 3.3 ท่านได้กลิ่น/รับสัมผัสกลิ่นช่วงเวลาใด
☐ 1. รู้สึกได้กลิ่นตลอดระยะเวลา ☐ 2. รู้สึกได้กลิ่นเป็นช่วง ๆ
☐ 3. อื่น ๆ ระบุ
- 3.4 ท่านมีอาการผื่นปฏิกิริยาผิวหนัง หรือหลังจากได้กลิ่น หรือไม่
☐ 1. ไม่มี ข้ามไปข้อที่ 15
☐ 2. มี อาการผื่นปฏิกิริยา ดังนี้
☐ 1. ปวดศีรษะ ☐ 2. มีนงง ☐ 3. วิงเวียน
☐ 4. หน้ามืด ☐ 5. หายใจไม่ออก ☐ 6. คลื่นไส้
☐ 7. อาเจียน
- 3.5 เมื่อท่านมีอาการแล้ว ท่านปฏิบัติตัวอย่างไร
☐ 1. ไม่ได้ทำอะไร
☐ 2. ไปพบแพทย์ ที่
☐ 3. อื่น ๆ ระบุ



ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรักษา

- 4.1 ท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อวันที่ เวลา น.
 ประเภทผู้ป่วย
☐ 1. เสียชีวิต ☐ 2. ผู้ป่วยนอก ☐ 3. ผู้ป่วยใน จำนวนวันการรักษา วัน

ผู้บันทึกข้อมูล ชื่อ - สกุล สัมภาษณ์ หน่วยงาน
 โทรศัพท์

แบบฟอร์ม: การตรวจวัดสิ่งแวดล้อม

สถานที่ วันที่ดำเนินการ เวลา น.
 เครื่องมือที่ใช้ รุ่น/แบบ วันสอบเทียบ

ตำแหน่ง/ลักษณะ ที่ทำการตรวจวัด	Carbon monoxide (CO) (ppm)		Carbon dioxide (CO ₂)		Oxygen (O ₂)		Methane (CH ₄)		Hydrogen sulfide (H ₂ S)	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
เกณฑ์มาตรฐาน*	50 ppm (TWA)		10 ppm (TWA-C)		19.5 - 23.5%***		50 ppm		10%***	
เกณฑ์มาตรฐาน**	-		300 ppm		-		-		-	

หมายเหตุ: * ประกาศกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เรื่องกำหนดค่าความเข้มข้นของสารเคมีอันตราย พ.ศ. 2560

** IDLH (Immediately Dangerous to Life and Health Concentrations)

*** กฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานในการบริหารจัดการ และดำเนินการด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงานเกี่ยวกับก๊าซพิษอากาศ พ.ศ. 2562

อ้างอิง The National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). Hydrogen sulfide. [Internet]. [cited 1 September 2020]. Available from: <https://www.cdc.gov/niosh/idlh/7783064.h>

