

Event ID _____ วันที่สอบสวนคู่มือฝ่ายที่ ☐1 ☐2 ☐3

แบบสอบถามการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ปรับปรุงเมื่อ 27 มิถุนายน 2565)

ส่วนที่ 1 สถานการณ์

วันที่เกิดอุบัติเหตุ...../...../..... เวลาเกิดเหตุ.....

พิกัด GIS (lat/long) N..... E

สถานที่เกิดเหตุ.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

จำนวนผู้ประสบเหตุทั้งหมด.....คน

จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด.....คน

จำนวนผู้บาดเจ็บไม่มา รพ./ผู้ไม่บาดเจ็บ.....คน ผู้บาดเจ็บเล็กน้อย (OPD).....คน admit

Refer.....คน สถานพยาบาลที่ส่งต่อ.....

จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด.....ราย

จำนวนผู้เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ.....ราย จำนวนผู้เสียชีวิตขณะนำส่ง.....ราย จำนวนผู้เสียชีวิตห้องฉุกเฉิน.....ราย

จำนวนผู้เสียชีวิตตึกผู้ป่วยใน.....ราย จำนวนผู้เสียชีวิตขณะส่งต่อ.....ราย

จำนวนยานพาหนะที่เกิดเหตุทั้งหมดคัน (1) มีคู่มือ (2) ไม่มีคู่มือ (3) เฉพาะคนเดินเท้า

อธิบายลักษณะการเกิดเหตุการณ์ (ภาพรวมโดยย่อ)

การช่วยเหลือหลังเกิดเหตุ

วัน/เวลาที่รับแจ้ง.....เวลาเข้าถึงจุดเกิดเหตุครั้งแรก

ผู้บัญชาการเหตุการณ์.....ตำแหน่ง.....

ทีมที่เข้าปฏิบัติงานประกอบด้วย ระดับ.....จำนวน.....ทีม

ระดับ.....จำนวน.....ทีม

อุปสรรคในการช่วยเหลือ () ต้องใช้เครื่องตัดถ่าง () ขาดอุปกรณ์ดับเพลิง () การช่วยเหลือขึ้นจากน้ำ

การปฐมพยาบาล A: () นำสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจ () ใส่เฝือกทรงคอ

B: () ให้ออกซิเจน () ใส่ท่อช่วยหายใจ

C: () CPR () ให้น้ำเกลือ

D: () ตามกระดุก ตำแหน่ง.....

E: () การห้ามเลือด ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ (กรณีมีคู่มือ และ ไม่มีคู่มือ) สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ยี่ห้อ.....รุ่น.....ทะเบียน.....

ขนาดเครื่องยนต์ (CC)วันที่ตรวจสภาพครั้งสุดท้าย...../...../.....

อายุยานพาหนะ (ปี) (*ถ้าเกินเดือน 6 เดือนปัดขึ้น).....

ประเภทการใช้งาน (1) รถส่วนบุคคล/เอกชน (2) รับจ้าง/สาธารณะ (3) รถยนต์ราชการ (4) รถรับส่งนักเรียน

ประเภทยานพาหนะ (1) จักรยาน (2) จักรยานยนต์ (3) รถเก๋ง (4) ปิคอัพ (5) รถตู้ (ประจำทาง/ไม่ประจำทาง)

(6) รถบรรทุก/พ่วง 6 ล้อขึ้นไป (7) รถโดยสาร (ประจำทาง/ไม่ประจำทาง) (8) สามล้อเครื่อง (9) รถพยาบาล

(10) อื่นๆ ระบุ.....

การดัดแปลงยานพาหนะ (1) ไม่มี (2) มี ระบุ.....

การติดตั้ง GPS (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ

กรณีรถพยาบาล การใช้สัญญาณเสียง (1) มี และเปิด (2) มี แต่ไม่เปิด (3) ไม่มี (4) ไม่ทราบ

การใช้สัญญาณไฟ (1) มี และเปิด (2) มี แต่ไม่เปิด (3) ไม่มี (4) ไม่ทราบ

การติดตั้งกล้องหน้ารถ (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ การทำประกันภัยภาคบังคับ (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ

การทำประกันภัย (1) มี ประกันภัยชั้นที่..... (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ

รถมีการระเบิดหรือไฟลุกหลังเกิดเหตุหรือไม่ (1) ไม่มี (2) มี (3) ไม่ทราบ

รถติดแก๊สหรือไม่ (1) ไม่ติด (2) LPG (3) NGV (4) ไม่ทราบ

ถูกลงนียบบริเวณคนขับ (1) ไม่มี (2) มีและทำงานเมื่อเกิด (3) มีแต่ไม่ทำงานเมื่อเกิดเหตุ (4) ไม่ทราบ

ถูกลงนียบผู้โดยสารด้านหน้า คนขับ (1) ไม่มี (2) มีและทำงานเมื่อเกิดเหตุ (3) มีแต่ไม่ทำงานเมื่อเกิดเหตุ (4) ไม่ทราบ

ความพร้อมใช้งานเข็มขัดนิรภัย (1) พร้อมทุกที่นั่ง (2) ไม่พร้อมบางที่นั่ง (3) ไม่พร้อมทุกที่นั่ง (4) ไม่ทราบ

สภาพยางรถ (1) ปกติ (2) ล้อและยางชำรุด (3) ยางหมดอายุ (4) ยางลมอ่อน (5) อื่นๆ ระบุ..... (6) ไม่ทราบ

ระบบเบรก (1) ปกติ (2) เบรกไม่อยู่ (3) ผ้าเบรกหมด (4) น้ำมันเบรกรั่ว (5) อื่นๆ ระบุ..... (6) ไม่ทราบ

ภาพจำลองสถานการณ์การเสียชีวิต (วาดรูป+ ถ่ายรูป: พาหนะ, ตำแหน่งที่ชน,ตำแหน่งที่ตาย,สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิด)

N



Event ID _____ วันที่สอบสวนคู่มือฝ่ายที่ ☐1 ☐2 ☐3

ส่วนที่ 3 ข้อมูลถนน และ สิ่งแวดล้อม

ชื่อถนน ถนนหมายเลข.....หน่วยงานที่ดูแล.....

ประเภทถนน (1) ทางหลวง (2) ทางหลวงชนบท (3) ในเมือง (เทศบาล) (4) ใน อบต./หมู่บ้าน (5) อื่นๆ ระบุ

ชนิดถนน (1) คอนกรีต (2) ยางมะตอย (3) ลูกรัง/หินคลุก (4) อื่นๆระบุ

จำนวนเลนทั้งหมด(รวมไป-กลับ).....ช่องจราจร การแบ่งช่องจราจร (1) มี ระบุ.....(2) ไม่มี

ลักษณะทางบริเวณจุดเกิดเหตุ (1) ทางตรง (2) ทางโค้ง (3) ทางแยก (4) ทางคนข้าม (ทางม้าลาย) (5) ทางร่วม (6) จุดกลับรถ

(7) ทางบนสะพาน (8) ทางเอียง/ลาดชันขึ้น (9) ทางเอียง/ลาดชันลง (10) ขนกันบนไหล่เขา (11) อื่นๆ.....

สัญญาณจราจร (1) มีสัญญาณไฟเขียว-ไฟแดง (2) ไฟกระพริบ (3) ไม่มี (4) อื่นๆ.....

ทิศทางการเดินรถบนถนน (1) ทางเดียว one way (2) สองทาง (3) มีการปิดช่องทางจราจร

เครื่องหมายจราจรบนผิวทาง (1) ไม่มี (2) ชัดเจนอยู่ในสภาพดี (3) เลือนราง/ชำรุด (4) อื่นๆ.....

ผิวจราจรขณะเกิดอุบัติเหตุ (1) แห้งปกติ (2) เปียก/ลื่น (3) เป็นคลื่น/หลุมบ่อ (4) อื่นๆ.....

ทัศนวิสัย/สภาพอากาศ บริเวณที่เกิดเหตุ (1) มีแสงสว่างเพียงพอ (2) มืด (3) ฝนตก (4) อื่นๆ.....

วัสดุที่ส่งเสริมให้เกิดการบาดเจ็บข้างทาง (1) ร้านค้า/แผงลอยข้างทาง (2) คู/คลอง/แม่น้ำที่ลึกและชัน

(3) วัสดุ สิ่งของหล่น (4) อื่นๆ

วัสดุ/สิ่งที่จะช่วยให้การบาดเจ็บลดลง (1) Guard rail (2) แบร์ริเออร์ (3) วัสดุรับแรงกระแทก (4) ร้านค้า/แผงลอย (5) อื่นๆ.....

ปัจจัยเสี่ยงด้าน รถ และ สิ่งแวดล้อม ที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผลวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของเหตุการณ์โดยใช้ Haddon matrix

ระยะเกิดเหตุ	คน (ผู้ขับขี่)	พาหนะ	ถนนและสิ่งแวดล้อม	สภาพที่สังคมและระบบที่เกี่ยวข้อง
ก่อนเกิดเหตุ				
ขณะเกิดเหตุ				
หลังเกิดเหตุ				

สรุปปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดเหตุครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

สิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

.....

.....

.....

.....

.....

Event ID _____ วันที่สอบสวน คู่กรณีฝ่ายที่ ☐1 ☐2 ☐3

ข้อเสนอแนะแนวทางการป้องกันและแก้ไข

ปัญหา.....
.....
.....
.....
.....

ตำรวจเจ้าของคดี..... เบอร์โทร.....

ผู้ให้ข้อมูล..... เบอร์โทร.....

ผู้สัมภาษณ์..... เบอร์โทร.....

แบบสอบถามการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนรายบุคคล (ปรับปรุงเมื่อ 27 มิถุนายน 2565)

ส่วนที่ 1 ผู้ขับขี่ (สัมภาษณ์จากผู้ขับขี่ หรือผู้ใกล้ชิดในกรณีผู้ขับขี่เสียชีวิต) ทะเบียนรถ.....

ชื่อ..... อายุ.....ปี เพศ (1) ชาย (2) หญิง สัญชาติ (1) ไทย (2) อื่นๆ ระบุ.....

อาชีพ (1) ข้าราชการ ระบุ..... (2) เกษตรกร (3) พนักงานบริษัท (4) ค้าขาย (5) รับจ้าง (6) นักเรียน/นักศึกษา (7) อื่น ๆ.....

เบอร์โทรศัพท์..... ที่อยู่.....

โรคประจำตัว (1) ไม่มี (2) เบาหวาน (3) ความดันโลหิตสูง (4) หลอดเลือด/หัวใจ (5) ลมชัก (6) หูตึง (7) อื่นๆ ระบุ.....

ความคุ้นเคยกับเส้นทาง (1) คนในพื้นที่ (ในตำบล/แขวง) (2) คนนอกพื้นที่ (ในจังหวัด) (3) คนนอกเขตจังหวัด ระบุ.....

(4) ต่างชาติอยู่ในพื้นที่มานาน.....ปี.....เดือน (5) ไม่ทราบ

ประสบการณ์การขับขี่(เฉพาะผู้ขับขี่).....(ปีเต็ม) ชั่วโมงการขับ.....ชม. ใบอนุญาตขับขี่.....(มี/ไม่มี)

จุดประสงค์การเดินทางเพื่อ.....

สถานะผู้ขับขี่ (1) เสียชีวิต (2) บาดเจ็บรุนแรง (admit) (3) บาดเจ็บเล็กน้อย (OPD) (4) ไม่บาดเจ็บ (5) ไม่ทราบ

การนำส่งโรงพยาบาลโดย (1) ผู้ประสบเหตุ (2) ตำรวจ (3) FR (4) BLS (5) ALS (6) ญาติ/ผู้เห็นเหตุการณ์ (7) อื่นๆ

โรงพยาบาลที่รับไว้รักษา.....

สถานที่เสียชีวิต (ในกรณีเสียชีวิต) (1) ณ จุดเกิดเหตุ (2) ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล (3) โรงพยาบาล (4) อื่นๆ ระบุ.....

จุดที่ทำให้เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ (1) จุดเดียวกับที่ชน (2) จุดอื่น เช่น ไปกระแทกกับ.....ห่างจุดที่ชน.....เมตร

เข็มขัดนิรภัย (1) ใช้ (2) ไม่ใช้ (3) ไม่ทราบ

หมวกนิรภัย (1) สวม และคาดสายรัดคาง (2) สวม แต่ไม่คาดสายรัดคาง (3) ไม่สวม (4) ไม่ทราบ

*กรณีสวมหมวกนิรภัย ชนิดของหมวกนิรภัย (1) ครึ่งใบ (2) เต็มใบ

ความเร็วขณะเกิดเหตุ (1) ขับเร็ว (2) ไม่เร็ว (3) ไม่ทราบ *ดุลยพินิจของผู้สอบสวน

ความเร็วเฉลี่ยตลอดการเดินทาง.....กม./ชม.

ปัจจัยด้านพฤติกรรมขับขี่ที่อาจเพิ่มความรุนแรงในการบาดเจ็บ

ปัจจัยที่อาจเพิ่ม/ลดความรุนแรง	ใช่/ใช่	ไม่ใช่/ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				ระบุปริมาณแอลกอฮอล์.....
โรคประจำตัว				ระบุ.....
ขับรถย้อนศร				
ตัดหน้ากระชั้นชิด				
บรรทุกเกินกฎหมายกำหนด				ระบุ.....
แข่งรถผิดกฎหมาย (ที่คับแคบ,ที่ห้ามแข่ง)				ระบุ.....
ชนกับสิ่งกีดขวางข้างทาง (ต้นไม้ เสาไฟ....)				
หลุดออกจากตัวรถ				

Event ID _____ วันที่สอบสวน คู่มือฝ่ายที่ ☐1 ☐2 ☐3

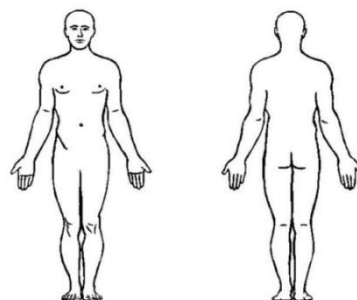
ปัจจัยที่อาจเพิ่ม/ลดความรุนแรง	ใช่/ใช่	ไม่ใช่/ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่				
อุปกรณ์ภายในรถไม่ปลอดภัย เช่น ไม่มี car seat				ระบุ.....
ง่วงนอน/หลับในขณะเกิดเหตุ				
มีสิ่งกีดขวางบนถนน				
เสพสารเสพติด/สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท				
การรับประทานยา				ระบุชื่อยา..... ระยะเวลาตั้งแต่ทานยาถึงเกิดเหตุ.....
ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร อื่นๆ.....				

ตำแหน่งของบาดแผลที่สำคัญ

ผลการชันสูตรจากแพทย์/ใบชันสูตรพลิกศพ

Doctor Diagnosis.....

.....
.....



บรรยายเหตุการณ์ และรายละเอียดอื่นๆ (เช่น ปัจจัยที่ทำให้คนโดยสารอื่นๆรอดชีวิต)

.....
.....
.....
.....

Event ID _____ วันที่สอบสวนคู่กรณีฝ่ายที่ ☐1 ☐2 ☐3

ส่วนที่ 2 () ผู้โดยสาร/ () คนเดินเท้า กรณีเป็นผู้โดยสาร ระบุ หมายเลขทะเบียนรถ.....

ชื่อ..... อายุ.....ปี เพศ (1) ชาย (2) หญิง สัญชาติ (1) ไทย (2) อื่นๆ ระบุ.....

อาชีพ (1) ข้าราชการ ระบุ..... (2) เกษตรกร (3) พนักงานบริษัท (4) ค้าขาย (5) รับจ้าง (6) นักเรียน/นักศึกษา (7) อื่น ๆ.....

เบอร์โทรศัพท์..... ที่อยู่.....

โรคประจำตัว (1) ไม่มี (2) เบาหวาน (3) ความดันโลหิตสูง (4) หลอดเลือด/หัวใจ (5) ลมชัก (6) หูตึง (7) อื่นๆ ระบุ.....

จุดประสงค์การเดินทางเพื่อ.....

สถานะผู้ขับขี่ (1) เสียชีวิต (2) บาดเจ็บรุนแรง (admit) (3) บาดเจ็บเล็กน้อย (OPD) (4) ไม่บาดเจ็บ (5) ไม่ทราบ

การนำส่งโรงพยาบาลโดย (1) ผู้ประสบเหตุ (2) ตำรวจ (3) FR (4) BLS (5) ALS (6) ญาติ/ผู้เห็นเหตุการณ์ (7) อื่นๆ

โรงพยาบาลที่รับไว้รักษา.....

สถานที่เสียชีวิต (ในกรณีเสียชีวิต) (1) ณ จุดเกิดเหตุ (2) ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล (3) โรงพยาบาล (4) อื่นๆ ระบุ.....

จุดที่ทำให้เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ (1) จุดเดียวกับที่ชน (2) จุดอื่น เช่น ไปกระแทกกับ.....ห่างจุดที่ชน.....เมตร

ตำแหน่งการนั่ง (วาดรูปและมาร์คตำแหน่ง)

ปัจจัยด้านพฤติกรรมผู้โดยสาร/คนเดินเท้า ที่อาจเพิ่มความรุนแรงในการบาดเจ็บ

ปัจจัยที่อาจเพิ่ม/ลดความรุนแรง	ใช่/ใช่	ไม่ใช่/ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				ปริมาณแอลกอฮอล์.....
หลุดออกจากตัวรถ				
หลับขณะเกิดเหตุ				
นั่งท้ายกระบะ (เฉพาะรถกระบะ)				
นั่งในแค็บ รถกระบะ (เฉพาะรถกระบะ)				
อุปกรณ์ภายในรถไม่ปลอดภัย เช่น ไม่มี car seat				
เสพสารเสพติด/สารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท				
ฝ่าฝืนเครื่องหมายจราจร				ระบุ.....
ไม่ใช้ทางข้าม เช่น ม้าลาย สะพานลอย				
ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่				

ตำแหน่งของบาดแผลที่สำคัญ

กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค

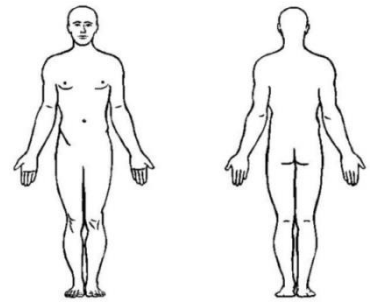
Event ID _____ วันที่สอบสวน คู่มือฝ่ายที่ ☐1 ☐2 ☐3

ผลการชันสูตรจากแพทย์/ใบชันสูตรพลิกศพ

Doctor Diagnosis.....

.....

.....



บรรยายเหตุการณ์ และรายละเอียดอื่นๆ (เช่น ปัจจัยที่ทำให้คนโดยสารอื่นๆรอดชีวิต)

.....

.....

.....

.....

ตำรวจเจ้าของคดี..... เบอร์โทร.....

ผู้ให้ข้อมูล..... เบอร์โทร.....

ผู้สัมภาษณ์..... เบอร์โทร.....