

แบบสอบถามผู้ได้รับพิษจากก๊าซ.....

ชื่อโรงงานที่เกิดเหตุ/ประเภทกิจการ.....

จุดที่เกิดเหตุ.....

วัน/เดือน/ปี.....เวลาที่เกิดเหตุ.....

() พนักงานของบริษัท () ทีมกู้ภัยของบริษัท () ทีมกู้ภัยจากภายนอก

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

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี บริษัทที่ทำงาน.....

2. หมายเลขบัตรประชาชน - - - -

3. หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ -

4. เพศ () 1. ชาย () 2. หญิง

5. สัญชาติ () 1. ไทย () 2. กัมพูชา () 3. พม่า () 4. อื่นๆระบุ.....

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

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

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

สถานที่ใกล้เคียง.....โทรศัพท์.....

8. ภูมิลำเนาเดิม : ประเทศ.....จังหวัด.....อยู่ระยะของมา.....ปี.....เดือน

9. การศึกษาสูงสุด () 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษา () 3. ปวช.

() 4. ปวส. () 5. อนุปริญญา () 6. ปริญญาตรี / ปริญญาโท

10. อาชีพ

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

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

11. ถ้าเป็นพนักงานของโรงงาน ลักษณะงาน.....ระยะเวลาที่ทำงาน.....ปี

ระยะเวลาทำงาน เฉลี่ย.....ชั่วโมง/วัน และ.....วัน/สัปดาห์

ทำงานในแผนก.....หน้าที่.....

อาชีพเสริมอื่นๆ(ถ้ามี) ระบุ.....

12. ปัจจุบันท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่

() 1. ไม่ดื่ม () 2. ดื่มเป็นบางครั้ง/ดื่มนานๆครั้ง () 3. ดื่มเป็นประจำ/ดื่มเป็นนิสัย

13. ปัจจุบันท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่

() 1. ไม่สูบ () 2. สูบเป็นบางครั้ง/สูบนานๆครั้ง () 3. สูบเป็นประจำ



ส่วนที่ 2 ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วย

14. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่ () 1. มี () 2. ไม่มี
ถ้ามีระบุ
- () 1. มะเร็งปอด () 2. วัณโรค () 3. โรคหลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง () 4. โรคหอบหืด
() 5. โรคลมชัก () 6. โรคหัวใจ () 7. โรคความดันโลหิตสูง () 8. โรคผิวหนัง
() 9. โรคภูมิแพ้ () 10. อื่นๆระบุ.....

ส่วนที่ 3 ประวัติการได้รับสูดก๊าซ หรือสารระเหย

15. ท่านเคยได้รับสัมผัส หรือสูดดมสารเคมีในระหว่างการทำงาน หรืองานอื่นๆ หรือไม่
() 1. ไม่เคย () 2. เคย ระบุชื่อสารเคมี.....
16. ระหว่างการทำงานในโรงงานแห่งนี้ท่านได้รับกลิ่นก๊าซ สารเคมีหรือไม่
() 1. ไม่เคย (ข้ามไป ข้อ 19.) () 2. เคย ระบุเวลาได้กลิ่น.....
17. ระยะเวลาที่ท่านรู้สึกได้กลิ่นสารเคมีในการทำงาน
() 1. รู้สึกได้รับกลิ่นทุกวัน วันละ.....ชม. () 2. รู้สึกได้กลิ่นเป็นบางวัน () 3. รู้สึกได้รับกลิ่นนานๆครั้ง
18. ระหว่างที่ได้รับกลิ่นสารเคมี ท่านมีอาการผิดปกติหรือไม่
() 1. ไม่มี () 2. มี ระบุอาการที่เป็น.....

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการรับสัมผัสสารเคมีครั้งนี้

19. ท่านเริ่มได้รับกลิ่นสารเคมี เมื่อเวลา.....น. ถึงเวลา.....น.
ลักษณะกลิ่นที่ท่านได้รับ.....
20. ขณะเกิดเหตุการณ์ ท่านอยู่จุดใด ระบุ.....อยู่ห่างจากที่เกิดเหตุ.....เมตร
21. หลังจากได้รับกลิ่นสารเคมีแล้ว ท่านมีอาการผิดปกติหรือไม่
() 1. ไม่มี ข้ามไปข้อที่ 23 () 2. มีโดยมีอาการผิดปกติดังนี้

อาการ/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
	เวลาที่เริ่มมีอาการ	รวมเวลาที่มีอาการ (ชม./นาที)	เวลาที่เริ่มมีอาการ	รวมเวลาที่มีอาการ (ชม./นาที)	เวลาที่เริ่มมีอาการ	รวมเวลาที่มีอาการ (ชม./นาที)
แสบตา						
น้ำตาไหล						
แสบจมูก						
น้ำมูกไหล						
แสบคอ/คอแห้ง						
เจ็บคอ						
ไอ						
แน่นหน้าอก						



อาการ/...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....
	เวลาที่เริ่มมีอาการ	รวมเวลาที่มีอาการ (ชม./นาที)	เวลาที่เริ่มมีอาการ	รวมเวลาที่มีอาการ (ชม./นาที)	เวลาที่เริ่มมีอาการ	รวมเวลาที่มีอาการ (ชม./นาที)
หายใจไม่สะดวก						
คลื่นไส้						
อาเจียน						
เวียนศีรษะ						
มึนงง						
หน้ามืด						
เป็นลม						
ครั่นเนื้อครั่นตัว เหมือนจะมีไข้						
อาการอื่นๆระบุ						

22. หลังจากที่ท่านมีอาการท่านปฏิบัติหรือได้รับการช่วยเหลือโดย(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () 1. มีการประกาศให้รีบออกนอกบริเวณโรงงาน
- () 2. สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายที่โรงงานจัดไว้ได้แก่.....
- () 3. ได้รับการปฐมพยาบาลในบริเวณ โรงงาน ไม่ได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล
- () 4. ได้รับการปฐมพยาบาลและถูกนำส่งโรงพยาบาล
- () 5. ถูกนำส่งโรงพยาบาลทันที
- () 6. เดินทางไปรักษาด้วยตนเอง
- () 7. อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 5 ข้อมูลการรักษา

23. ท่านเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อ เวลา.....น ชื่อสถานพยาบาลที่ให้การรักษา.....

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

การวินิจฉัยของแพทย์.....

การรักษาที่ได้รับ

.....
.....

ชื่อ.....สัมพันธ์

หน่วยงาน.....โทรศัพท์.....

วันที่.....