

แบบฟอร์มการรายงานอุบัติเหตุ (Accident Report Form)

ภาควิชาเคมี คณะวิทยาศาสตร์

ชื่อ-สกุล

วันที่เกิดเหตุการณ์ วัน.....วันที่.....

เวลาที่เกิดเหตุการณ์ เวลาคลาดเคลื่อนโดยประมาณ

สถานที่ทำงานปกติ

สถานที่เกิดเหตุการณ์ (ระบุชื่อสถานที่).....

ตำแหน่งที่เกิดเหตุการณ์ในสถานที่นั้น (ระบุตำแหน่ง เช่น ใกล้ประตูทางออก ใกล้ทางหนีไฟ บริเวณหน้าต่าง เป็นต้น)
.....

การบาดเจ็บหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (ระบุรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เช่น ลื่นหกล้มบนพื้น เป็นต้น)
.....

เหตุการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร? ท่านกำลังทำอะไรอยู่เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น (แนบรายละเอียดเพิ่มเติมได้)
.....
.....

ท่านใช้เครื่องมือป้องกัน (protective equipment) ไດบ้าง ขณะที่เกิดเหตุการณ์
.....
.....

ท่านได้รับการรักษาพยาบาล หรือตรวจติดตามสุขภาพอะไรบ้าง ภายหลังเกิดเหตุการณ์นั้น
.....

มีใครบ้างที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น? ถ้ามี กรุณาระบุรายละเอียด
.....
.....
.....

ผลที่ตามมาของเหตุการณ์:

การบาดเจ็บ

- ☐ การป่วยตาย
- ☐ ไม่สามารถมาทำงานได้
- ☐ การรักษาพยาบาล
- ☐ การปฐมพยาบาล
- ☐ ไม่ได้รับบาดเจ็บ

บุคคลที่ได้รับผลกระทบ

- ☐ ผู้มาติดต่องานจากภายนอก
- ☐ ลูกจ้าง/ผู้ปฏิบัติงาน
- ☐ หัวหน้างาน
- ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ความเสียหายของทรัพย์สิน

- ☐ อาคารบาท
- ☐ เครื่องมือบาท
- ☐ อุปกรณ์บาท
- ☐ อื่น ๆบาท

ชื่อพยานและหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ

ชื่อ-สกุล	ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้

ท่านรายงานอุบัติเหตุถึงใคร

ท่านรายงานอุบัติเหตุเมื่อใด

ในความคิดเห็นของท่าน ควรมีวิธีการใดที่สามารถป้องกันการเกิดซ้ำของเหตุการณ์นั้น

.....

ท่านโทรติดต่อรถพยาบาลหรือไม่ ☐ ไม่ ☐ ใช่ หมายเลขติดต่อ

ท่านโทรเรียกตำรวจหรือไม่ ☐ ไม่ ☐ ใช่ หมายเลขติดต่อ

ท่านติดต่อที่ปรึกษาเกี่ยวกับการบาดเจ็บหรือไม่ ☐ ไม่ ☐ ใช่ วันที่ติดต่อ

ท่านได้รับการรักษาพยาบาลหรือไม่ ☐ ไม่ ☐ ใช่ สถานที่

วันที่และเวลา.....

.....

(ชื่อผู้รายงาน)

(ลายเซ็น)

(วันที่รายงาน)

สำหรับหัวหน้างานเท่านั้น

ท่านรายงานอุบัติเหตุถึงใคร? ประธานกรรมการจัดการความปลอดภัยของภาควิชาเคมี (ศ. ดร.ธีรยุทธ วิไลวัลย์)

วันที่และเวลาที่รายงานอุบัติเหตุ

ข้อคิดเห็นและการสืบค้นเบื้องต้นของหัวหน้างาน

.....

การติดตามผลของหัวหน้างานต้องการอะไรบ้าง

.....

วันที่ที่ตั้งไว้สำหรับการติดตามผล

ใครคือผู้ปฏิบัติการติดตามผล

ลูกจ้าง/ผู้ปฏิบัติงานที่บาดเจ็บจะต้องหยุดงานมากกว่า 7 วันหรือไม่ ☐ ไม่ ☐ ใช่

การแก้ไขที่ดำเนินการไปทั้งหมดสามารถป้องกันการเกิดเหตุการณ์ซ้ำได้หรือไม่ ☐ ไม่ได้ ☐ ได้

.....

(ลายเซ็นหัวหน้างาน และชื่อ-สกุล)

(วันที่เซ็น)