

แบบคำรับรองเกี่ยวกับตำแหน่งประกอบการตรวจสอบสุขภาพและคัดกรองภูมิคุ้มกันโรคติดเชื้อที่สำคัญ

ชื่อ - สกุล ตำแหน่ง

เลขที่ตำแหน่ง สังกัด.....

ลักษณะงาน/ภาระงานของตำแหน่ง

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

ปฏิบัติหน้าที่ตามลักษณะงาน จัดอยู่ในประเภทใด (ทำเครื่องหมาย /)

ปฏิบัติหน้าที่ตามลักษณะงาน		ประเภท	ลักษณะงานของตำแหน่งอยู่ในประเภท
สัมผัสเลือด	ดูแลผู้ป่วย/สัมผัสผู้ป่วย		
สัมผัส	สัมผัส	A	
สัมผัส	ไม่สัมผัส	B	
ไม่สัมผัส	สัมผัส	C	
ไม่สัมผัส	ไม่สัมผัส	D	

คำอธิบายความ

สัมผัสเลือด หมายถึง การปฏิบัติงานที่มีโอกาสการถูกเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือด กระเด็น สัมผัส ผิวหนังภายนอก รวมถึงได้รับบาดเจ็บจากการถูกของแหลมคมที่ผ่านใช้งานกับผู้ป่วย เช่น เข็ม มีด กรรไกร และแก้ว ทิ่มแทงหรือบาดผ่านทะลุผิวหนังจากการปฏิบัติงาน

ดูแลผู้ป่วย/สัมผัสผู้ป่วย หมายถึง การปฏิบัติงานที่ช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยหรือให้บริการผู้ป่วย

หมายเหตุ หากบุคลากรตำแหน่งดังกล่าวได้รับการมอบหมายภาระงานใหม่ และลักษณะงานไม่อยู่ในกลุ่มประเภทเดิม ตามที่ได้รับรองไว้ ให้ดำเนินการดังนี้

1. เปลี่ยนแปลงภาระงาน TOR ในระบบ CMU:MIS ของบุคลากรดังกล่าวให้ถูกต้อง
2. กรอกแบบเปลี่ยนแปลงลักษณะงาน ส่งงานบริหารงานบุคคล

ลงนาม..... (หัวหน้าภาควิชา/ฝ่าย/งาน)
(.....)