แบบฟอร์มการรายงานอุบัติเหตุ (Accident Report Form)
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชื่อ-สกุล ผู้รายงาน .....

วันที่เกิดเหตุการณ์ .....

เวลาที่เกิดเหตุการณ์ .....

สถานที่เกิดเหตุการณ์ (ระบุชื่อสถานที่).....

ตำแหน่งที่เกิดเหตุการณ์ในสถานที่นั้น (ระบุตำแหน่ง เช่น ภายในตู้ชีวนิรภัย ตู้เก็บสารเคมี บริเวณหน้าต่าง เป็นต้น)

.....

เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และ/หรือ การบาดเจ็บ (ระบุรายละเอียดของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น)

.....

.....

.....

เหตุการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร ท่านกำลังทำอะไรอยู่เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้น

.....

.....

.....

.....

ขณะเกิดเหตุผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุใช้เครื่องมือป้องกัน (protective equipment) ใดบ้าง ขณะที่เกิดเหตุการณ์

.....

.....

ผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุได้รับการรักษาพยาบาล หรือตรวจติดตามสุขภาพอะไรบ้าง ภายหลังเกิดเหตุการณ์นั้น

.....

มีใครบ้างและจำนวนเท่าใดที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ถ้ามี กรุณาระบุรายละเอียด

.....

.....

.....

ผลที่ตามมาของเหตุการณ์:

การบาดเจ็บ	**บุคคลที่ได้รับผลกระทบ**	**ความเสียหายของทรัพย์สิน**
☐ เสียชีวิต	☐ นักศึกษา	☐ อาคาร
☐ ทุพพลภาพ	☐ ผู้ปฏิบัติงาน/นักวิจัย	☐ เครื่องมือ
☐ การรักษาแบบผู้ป่วยใน	☐ หัวหน้าห้องปฏิบัติการ	☐ อุปกรณ์
☐ การรักษาแบบผู้ป่วยนอก	☐ อื่น ๆ ระบุ.....	☐ อื่น ๆ .....
☐ ปฐมพยาบาลเบื้องต้นด้วยตนเอง		
☐ ไม่ได้รับบาดเจ็บ		
☐ อื่น ๆ ระบุ.....		

ชื่อพยานและหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ

1) ชื่อ.....
   ที่อยู่ .....
   หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....
2) ชื่อ.....
   ที่อยู่ .....
   หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ .....

ท่านรายงานอุบัติเหตุถึงใคร .....

ท่านรายงานอุบัติเหตุเมื่อใด .....

ในความคิดเห็นของท่าน ควรมีวิธีการใดที่สามารถป้องกันการเกิดซ้ำของเหตุการณ์นั้น

.....

.....

....

(ชื่อผู้รายงาน) (ลายเซ็น) (วันที่รายงาน)

<u>สำหรับหัวหน้าห้องปฏิบัติการ</u>

ท่านรายงานอุบัติเหตุถึงใคร หัวหน้าหน่วยงานต้นสังกัด

วันที่และเวลาที่รายงานอุบัติเหตุ .....

ข้อคิดเห็นและการวิเคราะห์สาเหตุของเหตุการณ์เบื้องต้น

.....

แนวทางป้องกันการเกิดซ้ำ

.....

การติดตามผลการแก้ไขปัญหา

.....

.....

(ลงนามหัวหน้าห้องปฏิบัติการ)

วันที่ .....