

บัตรรายงานผู้ป่วย

โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม

แบบ รง. 506/2

รายงานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โทร. 5918582,5901724

เลขที่ สสจ.....

เลขที่ สอ/รพ.....

1. โรคปอดและทางหายใจ

- 1.1 โรคปอดจากฝุ่น
 - 1.1.1 โรคฝุ่นหิน(Silicosis)
 - 1.1.2 โรคใยหิน(Asbestosis)
 - 1.1.3 โรคฝุ่นฝ้าย(Byssinosis)
 - 1.1.4 อื่น ๆ(ระบุ).....
- 1.2 โรคหืดเหตุอาชีพ(Occupational asthma)
- 1.3 โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
(Chronic bronchitis)
- 1.4 อื่น ๆ(ระบุ).....

2. โรคเหตุสภาวะทางกายภาพ

- 2.1 โรคการได้ยินเสื่อมเหตุเสียงดัง
(Noise induced hearing loss)
- 2.2 โรคเหตุลดความกดอากาศ
(Decompression sickness)
- 2.3 ภาวะก๊าซอุดตันหลอดเลือดแดง
(Arterial gas embolism)
- 2.4 การเจ็บป่วยเหตุความร้อน(Heat stress)
- 2.5 อื่น ๆ(ระบุ).....

3. โรคผิวหนัง

- 3.1 โรคผิวหนังอักเสบจากการสัมผัส
(Contact dermatitis)
 - 3.1.1 ผิวหนังอักเสบเหตุสารระคาย
(Irritant contact dermatitis)
 - 3.1.2 ผิวหนังอักเสบเหตุภูมิแพ้
(Allergic contact dermatitis)
- 3.2 อื่น ๆ(ระบุ).....

4. โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ

- 4.1 โรคปวดหลังเหตุอาชีพ
(Occupational back pain)
- 4.2 อื่น ๆ(ระบุ).....

5. โรคพิษจากสัตว์

- 5.1 โรคพิษงู(Snake envenomation)
(ระบุ).....
- 5.2 โรคพิษแมลงและสัตว์อื่น ๆ
(ระบุ).....

6. โรคพิษจากพืช

- 6.1 โรคพิษเห็ด(Mushroom poisoning)
- 6.2 โรคพิษพืชอื่น ๆ(ระบุ).....

7. โรคพิษโลหะหนัก

- 7.1 โรคพิษตะกั่ว(Lead poisoning)
 - 7.1.1 ระดับตะกั่วในเลือด สูงกว่าปกติ
ระบุมกก./ดล.
- 7.2 โรคพิษสารหนู(Arsenic poisoning)
- 7.3 โรคพิษแคดเมียม(Cadmium poisoning)
- 7.4 โรคพิษปรอท(Mercury poisoning)
- 7.5 อื่น ๆ(ระบุ).....

8. โรคพิษเหตุสารระเหยและสารทำลาย

- 8.1 โรคพิษเบนซีน(Benzene poisoning)
- 8.2 โรคพิษโทลูอิน(Toluene poisoning)
- 8.3 โรคพิษสไตรีน(Styrene poisoning)
- 8.4 โรคพิษไตรคลอโรเอทิลีน
(Trichloroethylene poisoning)
- 8.5 อื่น ๆ(ระบุ).....

9. โรคพิษจากก๊าซ

- 9.1 โรคพิษกำมะถันไดออกไซด์
(Sulphur dioxide poisoning)
- 9.2 โรคพิษไนโตรเจนไดออกไซด์
(Nitrogen dioxide poisoning)
- 9.3 โรคพิษคาร์บอนมอนอกไซด์
(Carbonmonoxide poisoning)
- 9.4 โรคพิษแอมโมเนีย(Ammonia poisoning)
- 9.5 อื่น ๆ(ระบุ).....

10. โรคพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูและสารเคมีอื่น ๆ

- 10.1 โรคพิษจากสารกำจัดแมลง
 - 10.1.1 โรคพิษออร์กาโนฟอสเฟต
(Organophosphate poisoning)
 - 10.1.2 โรคพิษคาร์บาเมต(Carbamate poisoning)
 - 10.1.3 โรคพิษไพรีทรอยด์(Pyrethroid poisoning)
 - 10.1.4 อื่น ๆ(ระบุ).....
- 10.2 โรคพิษสารกำจัดหนูและสัตว์แทะ
 - 10.2.1 โรคพิษสังกะสีฟอสไฟด์
(Zinc phosphide poisoning)
 - 10.2.2 อื่น ๆ(ระบุ).....
- 10.3 โรคพิษสารกำจัดวัชพืช
 - 10.3.1 โรคพิษพาราควอท(Paraquat poisoning)
 - 10.3.2 โรคพิษกลัยโฟเสต(Glyphosate poisoning)
 - 10.3.3 อื่น ๆ(ระบุ).....
- 10.4 โรคพิษสารเคมีอื่น ๆ (ระบุ).....

11. โรคจากการประกอบอาชีพหรือจากสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ

(ระบุ).....

ชื่อผู้ป่วย.....		HN. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	เลขที่บัตรประชาชน <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
เพศ <input type="checkbox"/> 1. ชาย <input type="checkbox"/> 2. หญิง	อายุ.....ปี	ประเภทผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 1. ผู้ป่วยนอก <input type="checkbox"/> 2. ผู้ป่วยใน	
อาชีพลักษณะงาน.....สถานที่ทำงาน/ประเภทโรงงาน.....			
ที่ตั้งที่ทำงาน เลขที่ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....			
ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....ถนน.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....โทรศัพท์.....			
สถานที่สงสัยว่าจะเป็นแหล่งก่อกมลพิษหรือทำให้เจ็บป่วย <input type="checkbox"/> 1. ไม่มี <input type="checkbox"/> 2. มี ระบุ			
วันที่เข้ารับการรักษา...../...../.....สถานที่รักษา.....อำเภอ.....จังหวัด.....			
สภาพผู้ป่วย <input type="checkbox"/> 1. เสียชีวิต <input type="checkbox"/> 2. กำลังรักษา <input type="checkbox"/> 3. อื่น ๆ		ปัจจัยที่คาดว่าจะป็นสาเหตุการป่วย <input type="checkbox"/> 1. จากการประกอบอาชีพ <input type="checkbox"/> 2. จากสิ่งแวดล้อม	
ชื่อผู้รายงาน.....สถานที่ทำงาน.....วันที่บันทึกรายงาน...../...../.....			

หมายเหตุ:- โปรดทำเครื่องหมาย X ในช่อง หน้าข้อความที่ต้องการ และกรอกรายละเอียดในช่องว่างให้ชัดเจน

ที่.....ในราชการกระทรวงสาธารณสุข
ส่ง

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
จังหวัด.....

.....
ที่ทำการ.....

(โปรดพับตามรอย)

(โปรดพับตามรอย)

ที่.....ในราชการกระทรวงสาธารณสุข
ส่ง

กองระบาดวิทยา
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
นนทบุรี 11000

.....
ที่ทำการ.....