

แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ชื่อสถานบริการสุขภาพ.....รหัสหน่วยงานจัดเก็บข้อมูล

วัน-เดือน-ปีที่ประเมิน.....ผู้สัมภาษณ์.....ตำแหน่ง.....

คำแนะนำ

แบบประเมินประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัวในขณะที่ทำงาน ส่วนที่ 3 อาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนที่ 4, 5 **เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกเอง** เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของท่านเอง โปรดตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. หมายเลขบัตรประชาชน

2. ชื่อ - สกุล ผู้รับการประเมิน (นาย/นาง/นางสาว).....

3. เพศ 1. ชาย 2. หญิง

4. อายุ.....ปี

5. ที่อยู่ปัจจุบัน.....จังหวัด.....

6. งานอาชีพหลัก 1. เพาะปลูก(ทำเอง) 2. เพาะปลูก(รับจ้าง)

3. รับจ้างฉีดพ่น (ข้ามไปตอบข้อ 9)

4. รับจ้าง อื่น ๆที่เกี่ยวข้องทางการเกษตร ระบุ.....(ข้ามไปตอบข้อ 8)

7. ปัจจุบันท่านทำการเพาะปลูกอะไรเป็นหลัก

1. ทำไร่ ระบุ.....

2. ทำนา ระบุ.....

3. ทำสวน ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะที่ทำงาน

8. ท่านเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เป็นผู้ผสมสารเคมี อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ

เป็นผู้ฉีดพ่นเองหรือรับจ้างฉีดพ่น อื่น ๆ ระบุ.....

ข้อคำถาม 9-17 ถ้าตอบไม่ใช่ได้ 1 คะแนน ตอบใช่เป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ตอบ ใช่ทุกครั้งได้ 3 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
9. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการปฏิบัติงานหรือไม่	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
10. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น หรือไม่	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
11. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมในการฉีดพ่น หรือไม่	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
12. ท่านได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในขณะที่ทำงานหรือไม่	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
13. ขณะทำงานท่านพบว่าเสื้อผ้าของท่านเปียกชุ่มสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือไม่	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
14. ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หรือไม่	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
15. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
16. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ท่านทำงาน หรือไม่	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
17. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ท่านทำงาน หรือไม่	1. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	3. <input type="checkbox"/>
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 9 -17 ได้ คะแนน (A)			

ข้อคำถาม 18-23 ถ้าตอบไม่ใช่ได้ 3 คะแนน ตอบใช่เป็นบางครั้งได้ 2 คะแนน ตอบใช่ทุกครั้งได้ 1 คะแนน

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	ไม่ใช่	ใช่เป็นบางครั้ง	ใช่ทุกครั้ง
18. ก่อนการใช้สารเคมี ท่านอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ หรือไม่	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
19. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมืออย่างป้องกันสารเคมี หรือไม่	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
20. ท่านสวมใส่รองเท้าบูทหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี หรือไม่	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
21. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ หรือไม่	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
22. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันที ณ จุดทำงาน หรือไม่	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
23. เมื่อเสื้อผ้าเปียกชุ่มสารเคมี ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันที ณ จุดทำงาน หรือไม่	3. <input type="checkbox"/>	2. <input type="checkbox"/>	1. <input type="checkbox"/>
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนรวมแต่ละช่อง			
คะแนนรวมของคำตอบข้อ 18 -23 ได้ คะแนน (B)			
คะแนนรวมทั้งหมดตั้งแต่ข้อ 9 - 23 (A+B) ได้ คะแนน			

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

24. ในรอบ 1 เดือน ท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

1. ไม่มี 2. มี (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทันที)

กลุ่มที่ 1			กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3
<input type="radio"/> ไอ	<input type="radio"/> คันผิวหนัง/ผิวหนังแดง ผิวแตก	<input type="radio"/> อ่อนเพลีย	<input type="radio"/> หนึ่งตากระตุก	<input type="radio"/> ท้องเสีย	<input type="radio"/> ลมชัก
<input type="radio"/> แสบจมูก	<input type="radio"/> ผื่นคันที่ผิวหนัง/ตุ่มพุพอง	<input type="radio"/> อากาธา	<input type="radio"/> ตาพร่ามัว	<input type="radio"/> กล้ามเนื้ออ่อนล้า	<input type="radio"/> หมดสติ
<input type="radio"/> เจ็บคอ คอแห้ง	<input type="radio"/> ปวดแสบร้อน	<input type="radio"/> ใจสั่น	<input type="radio"/> เจ็บหน้าอก/แน่นหน้าอก	<input type="radio"/> เป็นตะคริว	<input type="radio"/> ไม่รู้สึกตัว
<input type="radio"/> หายใจติดขัด	<input type="radio"/> ตาแดง/แสบตา/ ตาคัน	<input type="radio"/> เหงื่อออก	<input type="radio"/> คลื่นไส้ อาเจียน	<input type="radio"/> มือสั่น	
<input type="radio"/> เวียนศีรษะ		<input type="radio"/> น้ำตาไหล	<input type="radio"/> ปวดท้อง	<input type="radio"/> เดินโซเซ	
<input type="radio"/> ปวดศีรษะ		<input type="radio"/> น้ำลายไหล			
<input type="radio"/> นอนหลับไม่สนิท		<input type="radio"/> น้ำมูกไหล			

