

แบบประเมินความเสี่ยงในการทำงานของเกษตรกรจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ชื่อสถานบริการ..... รหัสหน่วยงานจัดเก็บข้อมูล

วัน-เดือน-ปีที่ประเมิน..... ผู้สัมภาษณ์(นาย ,นาง,นางสาว)

คำแนะนำ

กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญและห่วงใยในสุขภาพของท่าน จึงจัดให้มีการสัมภาษณ์เพื่อประเมินความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช **ส่วนที่ 1** สอบถามข้อมูลทั่วไป **ส่วนที่ 2** สอบถามเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการปฏิบัติตัวในขณะที่ทำงาน **ส่วนที่ 3** ถามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช **ส่วนที่ 4, 5, 6** เจ้าหน้าที่หรือผู้สัมภาษณ์จะเป็นผู้กรอกเอง เพื่อให้เป็นประโยชน์ในการประเมินระดับความเสี่ยงต่อสุขภาพของท่านเอง โปรดตอบให้ตรงกับความจริงมากที่สุด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ – สกุล ผู้รับการประเมิน (นาย ,นาง,นางสาว).....
2. หมายเลขบัตรประชาชน
3. อายุปี
4. เพศ 1.ชาย 2.หญิง
5. ที่อยู่ปัจจุบัน.....จังหวัด.....
6. งานอาชีพหลัก 1. เพาะปลูก/เจ้าของ 2. เพาะปลูก/ลูกจ้าง
 3. รับจ้างติดพัน 4. รับจ้าง อื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตัวในขณะที่ทำงาน

7. ท่านเกี่ยวข้องกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - เป็นผู้ผสมสารเคมี อยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น เช่น เก็บเกี่ยว มัดกำ ห่อ บรรจุ
 - เป็นผู้ฉีดพ่นเอง อื่นๆ ระบุ.....

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	1. ไม่ใช่	2. ใช่เป็นบางครั้ง	3. ใช่ทุกครั้ง
8. ท่านใช้สารเคมีกำจัดแมลงในการฉีดพ่น หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ท่านใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในการฉีดพ่น หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ท่านใช้ถังบรรจุสารเคมีที่รั่วซึมในการฉีดพ่น หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ขณะทำงานท่านสูบบุหรี่/ยาเส้น หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ท่านรับประทานอาหาร/ดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ท่านดื่มเหล้า/เบียร์/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในบริเวณที่ทำงาน หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนของคำตอบข้อ 8 – 13 (ข้อที่ 1 ได้ 1 คะแนน ตอบข้อที่ 2 ได้ 2 คะแนน ตอบข้อที่ 3 ได้ 3 คะแนน) คะแนนที่ได้จากข้อ 8 + ข้อ 9 + ข้อ 10 + ข้อ 11 + ข้อ 12 + ข้อ 13 รวมได้ คะแนน			
14. ก่อนการใช้สารเคมีชนิดใหม่ ท่านอ่านฉลากที่ภาชนะบรรจุ หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ขณะทำงานกับสารเคมีท่านสวมถุงมือยางป้องกันสารเคมี หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ท่านสวมใส่รองเท้าบูตหรือรองเท้าที่ปิดมิดชิดกันสารเคมี หรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ข้อคำถาม	คำตอบ		
	1. ไม่ใช่	2. ใช่เป็นบางครั้ง	3. ใช่ทุกครั้ง
17. เมื่อเสิร์ฟน้ำดื่มหรือเครื่องดื่ม ท่านอาบน้ำหรือล้างผิวหนังที่สัมผัสสารเคมีทันทีทุกครั้งหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. ท่านล้างมือทุกครั้งก่อนรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ท่านล้างผักผลไม้ทุกครั้งก่อนรับประทานหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. หลังเลิกการฉีดพ่นท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าที่เปื้อนสารเคมีทันทีหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. ท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายหลังเลิกงานทันทีหรือไม่	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>สำหรับผู้สัมภาษณ์ คะแนนของคำตอบข้อ 14-21 (ช่องที่ 1 ได้ 3 คะแนน ตอบช่องที่ 2 ได้ 2 คะแนน ตอบช่องที่ 3 ได้ 1 คะแนน) คะแนนที่ได้จากข้อ 14..... + ข้อ 15..... + ข้อ 16..... + ข้อ 17..... + ข้อ 18..... + ข้อ 19..... + ข้อ 20..... + ข้อ 21..... รวมได้</p> <p>คะแนนของคำตอบข้อ 8-13 + คะแนนของคำตอบข้อ 14-21 รวมได้.....คะแนน</p>			

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความเจ็บป่วยหรืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

22. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาท่านมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชดังต่อไปนี้หรือไม่

1. ไม่มี 2. มีบางครั้ง 3. มีเป็นประจำ

โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หน้ารายการที่มีอาการผิดปกติหลังจากใช้สารเคมีจากข้อ 22 ลงในตารางด้านล่างนี้

อาการเล็กน้อย (ความเสี่ยงปานกลาง)			อาการปานกลาง(ความเสี่ยงสูง)		อาการรุนแรง (ความเสี่ยงสูงมาก)
<input type="checkbox"/> ไอ <input type="checkbox"/> แสบจมูก <input type="checkbox"/> เจ็บคอ คอแห้ง <input type="checkbox"/> หายใจติดขัด <input type="checkbox"/> เวียนศีรษะ <input type="checkbox"/> ปวดศีรษะ <input type="checkbox"/> นอนหลับไม่สนิท	<input type="checkbox"/> คันผิวหนัง/ ผิวหนังแห้ง ผิวแตก <input type="checkbox"/> ผื่นคันที่ผิวหนัง/ ตุ่มพุพอง <input type="checkbox"/> ปวดแสบร้อน <input type="checkbox"/> ตาแดง / แสบตา/ตาคัน	<input type="checkbox"/> อ่อนเพลีย <input type="checkbox"/> อากาธา <input type="checkbox"/> ใจสั่น <input type="checkbox"/> เหงื่อออก <input type="checkbox"/> น้ำตาไหล <input type="checkbox"/> น้ำลายไหล <input type="checkbox"/> น้ำมูกไหล	<input type="checkbox"/> หงุดหงิด <input type="checkbox"/> ตาพร่ามัว <input type="checkbox"/> เจ็บหน้าอก/ แน่นหน้าอก <input type="checkbox"/> คลื่นไส้ อาเจียน <input type="checkbox"/> ปวดท้อง	<input type="checkbox"/> ท้องเสีย <input type="checkbox"/> กล้ามเนื้ออ่อนล้า <input type="checkbox"/> เป็นตะคริว <input type="checkbox"/> มือสั่น <input type="checkbox"/> เดินโซเซ	

ส่วนที่ 4 สรุปผลการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานเบื้องต้น

ข้อ 22	คะแนนรวมของคำตอบข้อ 8-21		
	<input type="checkbox"/> 1. (14-20 คะแนน)	<input type="checkbox"/> 2. (21-28 คะแนน)	<input type="checkbox"/> 3. สูง (29-42 คะแนน)
<input type="checkbox"/> ไม่มีอาการ	ต่ำ	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง
<input type="checkbox"/> มีอาการเล็กน้อยระดับเดียว	ปานกลาง	ค่อนข้างสูง	สูง
<input type="checkbox"/> มีอาการระดับปานกลาง 1 อาการขึ้นไป	ค่อนข้างสูง	สูง	สูง
<input type="checkbox"/> มีอาการระดับรุนแรง 1 อาการขึ้นไป	สูง	สูง	สูงมาก

ส่วนที่ 5 การเจาะเลือดตรวจคัดกรอง : ระบุเหตุผลในการตรวจคัดกรอง

1. มีความเสี่ยงค่อนข้างสูง 2. มีความเสี่ยงสูง 3. มีความเสี่ยงสูงมาก 4. ประสงค์รับบริการ

ผลการเจาะเลือดตรวจคัดกรอง <input type="checkbox"/> 1. ปกติ <input type="checkbox"/> 2. ปกติ <input type="checkbox"/> 3. มีความเสี่ยง <input type="checkbox"/> 4. ไม่ปกติ

ส่วนที่ 6 การปฏิบัติอื่นๆ :

- ให้ความรู้/ คำแนะนำ การป้องกันอันตรายจากการใช้สารกำจัดศัตรูพืช วิธีการล้างผักให้ปลอดภัย
- สิ่งสนับสนุน เอกสารเผยแพร่ความรู้ สมุนไพร อื่นๆ ระบุ.....
- การปฏิบัติอื่นๆ ระบุ.....