



สถาบันบัณฑิตศึกษาอุบลราชธานี

รายงานอุบัติการณ์

(Occurrence / Incident Report : Corrective Action Report)

ส่วนที่ 1 กรอกโดยผู้ประสบเหตุ (ในกรณีไม่สามารถรายงานได้ ให้ผู้พบเห็นเหตุการณ์หรือบุคคลอื่นรายงานได้)

ผู้รายงาน ผู้ประสบเหตุ ผู้พบเห็นเหตุการณ์ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย (จป.) জনอื่น(ระบุ).....

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....สังกัด.....โทร.....

วันที่เกิดเหตุ.....เวลา.....สถานที่.....

ประเภทของเหตุการณ์ ทรัพย์สินเสียหาย บาดเจ็บ เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม เกือบเกิดอุบัติเหตุ มีผู้ได้รับบาดเจ็บ.....คน ไม่มีผู้ได้รับบาดเจ็บ

1.ชื่อผู้บาดเจ็บ.....สังกัด/หน่วย/ฝ่าย.....ลักษณะการบาดเจ็บ.....

➢ ข้อมูลการรักษาพยาบาล (หลังได้รับการปฐมพยาบาลแล้ว)

 สามารถทำงานต่อได้ พักห้องพักพยาบาล ส่งต่อโรงพยาบาล กลับบ้าน อื่นๆ(ระบุ).....

➢ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ

 หยุดทำงาน จำนวน.....วัน ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ(ระบุ)..... เสียชีวิต

2.ชื่อผู้บาดเจ็บ.....สังกัด/หน่วย/ฝ่าย.....ลักษณะการบาดเจ็บ.....

➢ ข้อมูลการรักษาพยาบาล (หลังได้รับการปฐมพยาบาลแล้ว)

 สามารถทำงานต่อได้ พักห้องพักพยาบาล ส่งต่อโรงพยาบาล กลับบ้าน อื่นๆ(ระบุ).....

➢ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ

 หยุดทำงาน จำนวน.....วัน ทุพพลภาพ สูญเสียอวัยวะ(ระบุ)..... เสียชีวิต

สรุปปัญหา/เหตุการณ์โดยย่อ :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 คำแนะนำของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงาน (จป.)

ประเมินระดับความเสี่ยงของอุบัติการณ์ (Risk) Extreme High Medium Low

ผลการวิเคราะห์สาเหตุ:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

