

๒.๒๕ มีการจัดเก็บข้อมูลสถิติอุบัติเหตุหรือการ เจ็บป่วยในสถานศึกษา และการวางแผนป้องกันที่เหมาะสม

สถาบันนวัตกรรมการเรียนรู้ มีการวางแผนความเสี่ยง การกิจด้านงานระบบ ภายภาพ และความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อม โดยคณะกรรมการ ความเสี่ยงของสถาบันฯ และมีแบบฟอร์มสำหรับการบันทึกสอบสวนสถิติอุบัติเหตุ ซึ่งในปี ๒๕๖๖ ไม่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้น



รูปที่ ๒.๒๕.๑ ป้ายสถิติความปลอดภัยของสถาบันฯ
บริเวณชั้น ๒ อาคารปัญญาพิพัฒน์



รายงานการสอบสวนอุบัติเหตุ มหาวิทยาลัยมหิดล (MU Accident Investigation Report)

ชื่อผู้เขียนรายงาน ตำแหน่ง..... วันที่เขียนรายงาน.....

Section 1 : ข้อมูลส่วนตัวผู้ได้รับบาดเจ็บ (Personal Detail)

รายละเอียดของผู้ประสบเหตุ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานที่ปฏิบัติงานในนามบริษัท/ ลูกจ้างชั่วคราว
 บุคคลภายนอกที่เข้ามาใช้บริการ นักศึกษา อื่นๆ.....
 ชื่อ-นามสกุล.....
 ตำแหน่ง/ชั้นปี คณะ/ส่วนงาน.....
 หน้าที่..... ระยะเวลาปฏิบัติงาน.....

Section 2: ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุ (Accident Detail)

วันที่เกิดอุบัติเหตุ..... เวลาที่เกิด..... สถานที่เกิดเหตุ.....
 ภารกิจในขณะเกิดเหตุ.....
 จำนวนผู้ปฏิบัติงานในช่วงเวลาที่เกิดเหตุ คน
 อวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ศีรษะ/ ลำคอ / ใบหน้า ตา หลัง/ไหล่ ลำตัว แขน มือ/นิ้วมือ
 ขา เท้า/ นิ้วเท้า บาดเจ็บหลายส่วน อื่นๆ.....
 รายละเอียดการรักษา.....
 จำนวนวันที่หยุดงานจริง.....วัน พยานผู้พบเห็นเหตุการณ์.....
 ลักษณะเหตุการณ์เกิดขึ้นได้อย่างไร (ใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร เมื่อไหร่).....

แนบรูปภาพ (ถ้ามี)

ประเภทของการเกิดอุบัติเหตุ

- อุบัติเหตุทางเคมี
- อุบัติเหตุทางชีวภาพ
- อุบัติเหตุทางรังสี
- อุบัติเหตุทางไฟฟ้า
- อัคคีภัย
- อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนงานของท่านเคยเกิดเหตุการณ์ลักษณะใกล้เคียงครั้งนี้
 เคย โปรดระบุจำนวน ครั้ง
 ไม่เคย




QR CODE ข้อมูล

รูปที่ ๒.๒๕.๓ แบบบันทึกการสอบสวนอุบัติเหตุ

ส่วนงานที่มีการควบคุมการปฏิบัติงานที่ต้องมีการขออนุญาตก่อนปฏิบัติงาน (Work Permit) ตามที่มหาวิทยาลัยมหิดลกำหนดให้ใช้ ได้แก่

1. ใบอนุญาตทำงานที่สูง (WORK AT HEIGHT PERMIT)
2. ใบอนุญาตทำงานที่ก่อให้เกิดความร้อนหรือประกายไฟ (HOT WORK PERMIT)
3. ใบอนุญาตทำงานในที่อับอากาศ (CONFINED SPACE WORK PERMIT)

 ใบอนุญาตทำงานที่สูง (WORK AT HEIGHT PERMIT)		MU Work Permit: WP-03/1 ใบอนุญาตเลขที่ _____
วันที่ขอเริ่มปฏิบัติงาน วันที่ ____/____/____ เวลาที่เริ่มปฏิบัติงาน ____:____ น. ถึง เวลา ____:____ น.		
ชื่อผู้ขอใบอนุญาตทำงาน (ชื่อ-สกุล): _____ โทรศัพท์: _____		
ใบขอใบอนุญาตทำงานนี้สำหรับ (ระบุบริษัทผู้รับเหมา): _____		
หัวหน้างาน: _____ ผู้จัดการโครงการ: _____		
สถานที่/พื้นที่ปฏิบัติงาน (กำหนดพื้นที่ให้ชัดเจน): _____		
จำนวนผู้ปฏิบัติงาน _____ คน (แนบ/ระบุรายชื่อ)		
1. _____ 2. _____		
รายละเอียดเครื่องมือ อุปกรณ์ที่ใช้: _____		
ระดับความสูงจากพื้น _____ เมตร (ระดับจุดตั้งไม้ 2 เมตรขึ้นไป) *** (พร้อมแนบใบตรวจสอบสภาพเครื่องมือหรืออุปกรณ์)***		
รายละเอียดของงาน: _____		
ใบอนุญาตทำงานเฉพาะ ที่ต้องใช้ประกอบการปฏิบัติงาน		
<input type="checkbox"/> ทำงานในที่อับอากาศ # _____ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ _____ <input type="checkbox"/> ทำงานที่ก่อให้เกิดความร้อน/ประกายไฟ # _____		
เอกสารที่เกี่ยวข้อง:		
<input type="checkbox"/> การวิเคราะห์งานเพื่อความปลอดภัย (JSA) <input type="checkbox"/> มาตราความปลอดภัย <input type="checkbox"/> ข้อมูลความปลอดภัยสารเคมี (SDS) (ระบุสารเคมี) <input type="checkbox"/> เอกสารอื่น ๆ (ถ้ามี)		
ข้อพึงปฏิบัติในการปฏิบัติงาน (ผู้อนุญาตทำงานเครื่องหมาย ✓ หน้าหัวข้อที่ถือปฏิบัติ)		อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่จำเป็น
<input type="checkbox"/> ติดตั้งบังรั้ว <input type="checkbox"/> ติดตั้งราวกันตก สูง 90-110 cm. <input type="checkbox"/> ติดตั้งอุปกรณ์ป้องกันมืออันตราย <input type="checkbox"/> จัดให้มีทางเดินบนหลังคาหรือที่สูง <input type="checkbox"/> ติดตั้งผ้าขึงป้องกันของตกจากด้านบน <input type="checkbox"/> กันพื้นที่ทำงาน <input type="checkbox"/> ติดตั้งป้ายเตือนระวังอันตรายมีการทำงานด้านบน	<input type="checkbox"/> มีหาชั้นลadders ที่ชัดเจนและปลอดภัย <input type="checkbox"/> ให้จัดทำจุดยึดหรือสายยึดเข็มขัดนิรภัย <input type="checkbox"/> พื้นที่บริเวณทำงานต้องไม่มีน้ำแข็งหรือสิ่ง <input type="checkbox"/> ตรวจสอบพื้นที่ทำงานมีความแข็งแรง <input type="checkbox"/> ตรวจสอบให้มีพื้นที่ทำงานเพียงพอ <input type="checkbox"/> ไม่มีการทดสอบเครื่องมือ และอุปกรณ์ก่อนใช้งาน <input type="checkbox"/> จัดให้มีผู้เฝ้าระวังการทำงานตลอดเวลา	<input type="checkbox"/> PPE พื้นฐาน (หมวกนิรภัย, รองเท้านิรภัย) <input type="checkbox"/> แวนตาบิรภัย <input type="checkbox"/> ปกป้องจุดศูนย์ทศรอบศู <input type="checkbox"/> ถุงมือ <input type="checkbox"/> หน้ากากกันฝุ่น/สารเคมี <input type="checkbox"/> เข็มขัดนิรภัยชนิดเต็มตัว พร้อมสายช่วยชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
การขอใบอนุญาตทำงาน ข้าพเจ้าขอรับรองว่า มีความเข้าใจสภาพของงานและมาตรการด้านความปลอดภัย และได้ยินยอมให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนรับทราบและจะปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัดตลอดระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน ลงชื่อ _____ ผู้อนุญาต วันที่ _____ (_____) เวลา _____		การอนุญาตใบขออนุญาตทำงาน ข้าพเจ้า ได้ทำการตรวจสอบว่ามีการปฏิบัติตามมาตรการด้านความปลอดภัยตามที่กำหนด <input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก _____ ลงชื่อ _____ ผู้อนุญาต/ผู้ตรวจสอบ วันที่ _____ เวลา _____



QR-Code
MU Work
Permit