



เอกสารแนบที่ 2.28

บันทึกสถิติอุบัติเหตุ

ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2565

สรุปสถิติอุบัติเหตุโรงงานผลิตกระดาษฟนิคช ฯ

โครงการผลิตกระดาษขาวไม่เคลือบผิว ของบริษัท ฟนิคช พัลพ แอนด์ เพปเปอร์ จำกัด
จัดทำรายงานโดย งานอาชีวอนามัยและความปลอดภัย

ระหว่าง เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

ประเภทของอุบัติเหตุ ⁽¹⁾	ความถี่ของอุบัติเหตุ ⁽²⁾	สถานที่เกิดอุบัติเหตุ	เป้าหมายการลดอุบัติเหตุ ⁽³⁾
บาดเจ็บเล็กน้อย (First Aid, Medical Treatment)	2	- Converting Product Section (1) - Pulp Mold Packaging Section (1)	- อุบัติเหตุเป็นศูนย์
บาดเจ็บร้ายแรง (Lost Time)	1	- Power Plant & Utilities Section (1)	- อุบัติเหตุเป็นศูนย์

หมายเหตุ

- 1) นิยามประเภทของอุบัติเหตุ เช่น ร้ายแรง บาดเจ็บเล็กน้อย จำนวนวันที่ต้องหยุดงาน เป็นต้น
- 2) จำนวนอุบัติเหตุต่อช่วงเวลา
- 3) เป้าหมายของโครงการในการลดสถิติอุบัติเหตุ และเอกสารอ้างอิงที่เกี่ยวข้อง

ชื่อผู้บันทึก นางสาวพัชรพรรณ สุวรรณธาดา

ชื่อผู้ตรวจสอบ/ควบคุมข้อมูล นางสาวพัชรพรรณ สุวรรณธาดา
เบอร์โทรศัพท์ 043-373-406-8 ต่อ 1326,1325

แนวทางปฏิบัติภายหลังพบอุบัติเหตุ : สอบสวนวิเคราะห์หาสาเหตุ, จัดทำมาตรการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุซ้ำกรณีเดิม และติดตามตรวจสอบการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโดย คณะอนุกรรมการฯ , คณะกรรมการความปลอดภัยฯ , จป.วิชาชีพ

Man hours 6 เดือน: 87,620 ช.ม.คน คิดจากอัตรา 1,000,000 ช.ม. (จำนวน 87 คน)

รายงานอุบัติเหตุ ชั้นรักษาพยาบาล

PPPC

รายละเอียดเหตุการณ์

What : คู่ธุรกิจถูกแกนกระดาษกับนิ้วกลางข้างซ้าย

Where: Unwind Cutter 1

When : วันที่ 3 กรกฎาคม 2565 เวลาประมาณ 14:40 น.

Who : นายสารัช เดชนะ สังักด HR Tran อายุตัว 20 ปี, อายุงานที่ PPPC 2 เดือน

How : พนักงานนำม้วนกระดาษโคนแกนที่มีน้ำหนักประมาณ 24 kg วางพื้นเพื่อจะทำการกรีดกระดาษออก จังหวะที่วางแกนลงพื้นได้นำมือทั้งสองข้างไปรองรับ เมื่อจะดึงพื้นมือซ้ายดึงออกไม่ทันทำให้นิ้วกลางข้างซ้ายถูกกับพื้นจนแตกเป็นแผล

การบาดเจ็บ และการรักษา: หัวหน้างานได้พาไปล้างแผลที่ศูนย์พยาบาล PPPC และนำส่ง sw.น้ำพอง เพื่ออีกริชเรย์พบมีกระดูกแตกร้าวตรงปลายนิ้วกลางข้างซ้าย แพทย์แจ้งว่ากระดูกที่แตกร้าวไม่มีผลกับการใช้งานแพทย์จึงได้เย็บ 3

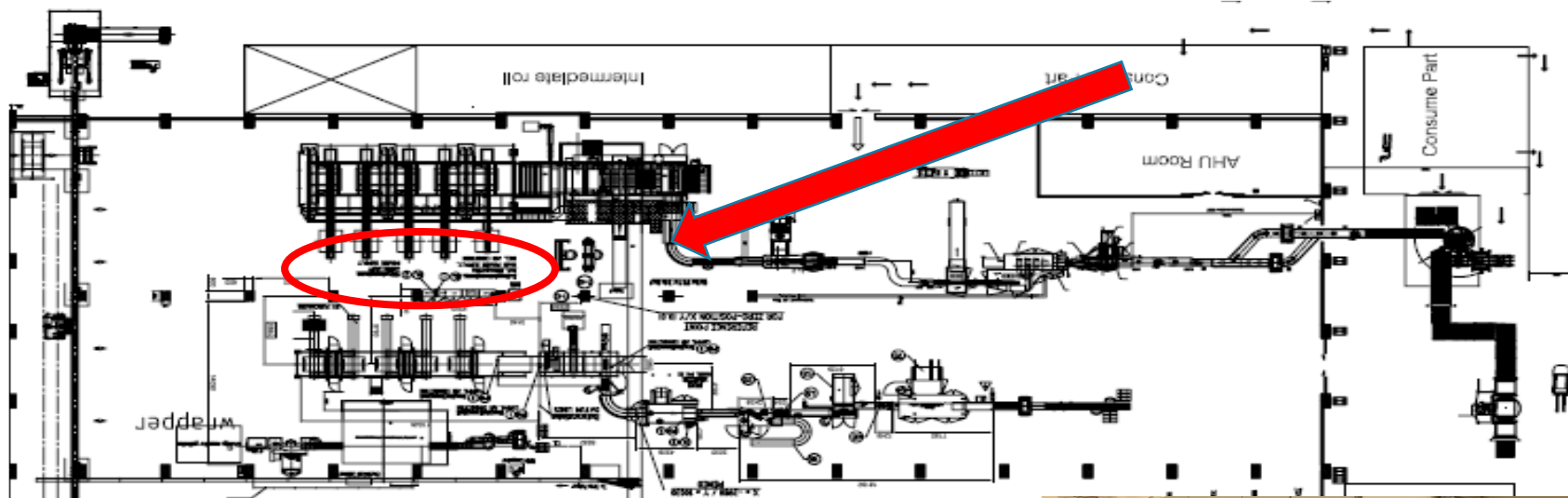
ภาพประกอบ/แผนผังพื้นที่เกิดเหตุ/ภาพแสดงการเกิดเหตุ

➢ ใช้มือทั้ง 2 ข้างประคองแกนกระดาษเพื่อจะวางลงกับพื้นแต่มือซ้ายดึงออกไม่ทันจึงถูกกับ



Why : สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ	Correction/Prevention : มาตรการแก้ไขป้องกัน	Due date	PIC
Unsafe Action : วางม้วนกระดาษ โดยใช้มือสอดใต้ม้วน และนำมือออกไม่ทัน ทำให้นิ้วกระดาษแตกมือ	1. กำหนดวิธีการทำงานวางม้วนกระดาษที่ถูกต้อง และจัดทำ Do & Don't สื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบทุกกะ	15 Jul	Mongkol
	2. ทบทวนการชี้บ่งอันตรายและประเมินความเสี่ยงให้ครอบคลุม และนำไปสื่อสารให้ผู้ปฏิบัติงานรับทราบ	15 Jul	Mongkol
	3. ปรับปรุงวิธีการทำงาน เพื่อลดความเสี่ยงจากม้วนกระดาษลื่นกับ หรือตกกระแทก	31 Jul	Mongkol

ภาพแสดงการเกิดเหตุ/ พื้นที่หรือเครื่องจักรที่เกิดเหตุ/ ลักษณะการบาดเจ็บหรือความเสียหาย



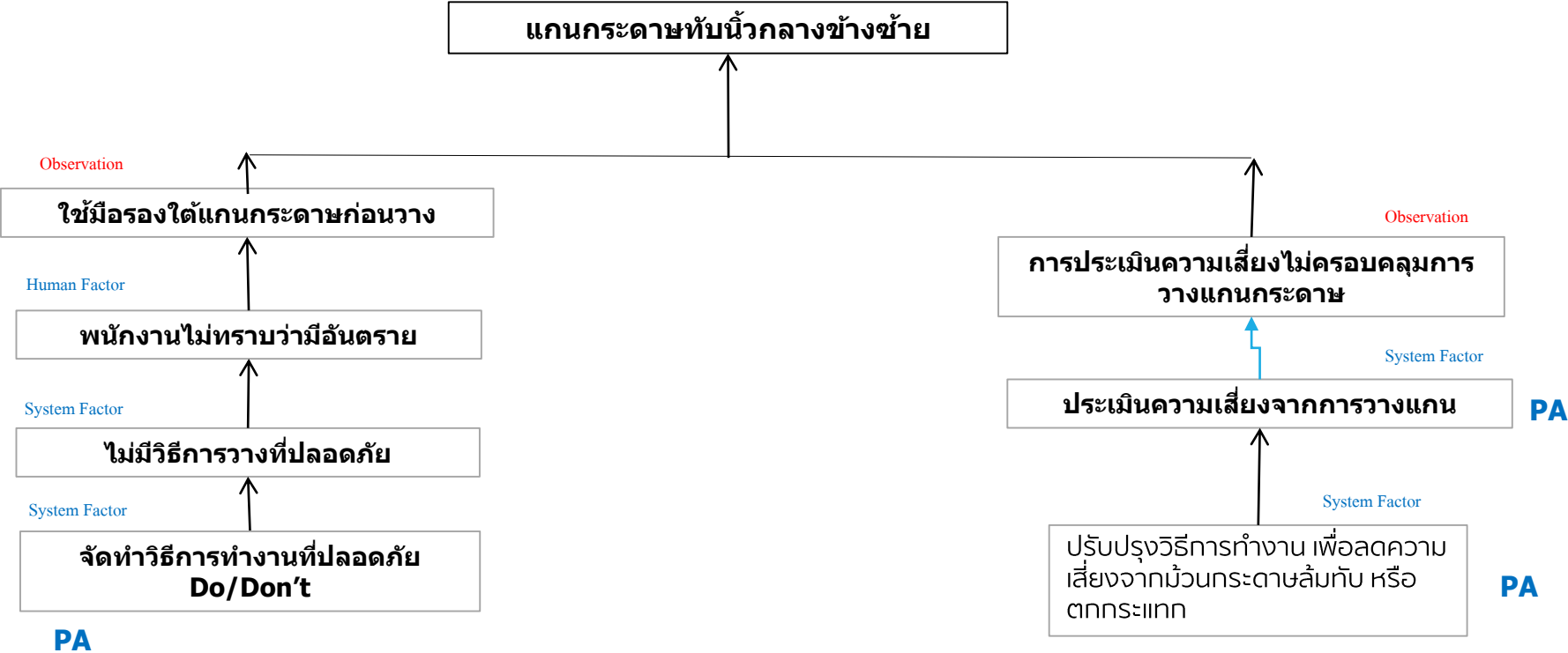
ข้อเท็จจริง/ ลำดับเหตุการณ์/ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

เวลา	เหตุการณ์
วันที่ 3 ก.ค. 65 เวลา 14:40 น.	พนักงานนำม้วนกระดาษคอนกรีตวางพื้นเพื่อจะทำการกรีดกระดาษออก จังหวะที่วางแผ่นลงพื้นได้นำมือข้างซ้ายไปรองรับ ทำให้นิ้วกลางข้างซ้ายถูกทับกับพื้นแตกเป็นแผล หัวพนักงานได้พาไปล้างแผลที่ศูนย์พยาบาล PPC และนำส่ง รพ.น้ำพอง เพื่ออีกชเรย์พบ มีกระดูกแตกร้าวตรงปลายนิ้วกลางข้างซ้าย แพทย์แจ้งว่ากระดูกที่แตกร้าวไม่มีผลกับการใช้งานแพทย์จึงได้เย็บ 3 ล้างแผลที่ศูนย์พยาบาลและครบกำหนดตัดไหม 11 กรกฎาคม
	ข้อมูลประกอบ 1. OJT โดยการทำให้ดู และประกบ 3 วันโดยรุ่นพี่ที่ปฏิบัติงานก่อน อาจจะไม่ครบถ้วนถึงเทคนิคต่างๆ ต้องให้หัวหน้างาน และพนักงานร่วมกันประเมินก่อนเริ่มงาน 2. ยังไม่พบการประเมินความเสี่ยงจากการถูกแทนกับนิ้วมือ 3. ขนย้ายแทนกระดาษออกมาตั้งไว้รอกรีด และต้องนอนแทนลงที่พื้นเพื่อกรีดด้วยมีด

การวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติเหตุ

เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์อุบัติเหตุ

☒ Why Tree Analysis ☐ Fault Tree Analysis ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____



CA : Corrective Action

PA : Preventive Action

X : Not Related

การพิจารณาปรับปรุงและพัฒนาระบบ

Failure Layer (ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input type="checkbox"/> Risk Assessment & Control	<input type="checkbox"/> Product Safety Control
<input type="checkbox"/> Safety Rules	<input type="checkbox"/> Off the Job Safety
<input type="checkbox"/> Management of New Project or Initial Phase	<input type="checkbox"/> Plant Isolation/ Log out-Tag out/ Line Break
<input type="checkbox"/> Management of Change	<input type="checkbox"/> Hazardous Chemical Control
<input type="checkbox"/> Pre Start up Safety Review	<input type="checkbox"/> Radioactive Control
<input type="checkbox"/> Registration & Regulation Compliance	<input type="checkbox"/> Confined Spaces Safety
<input type="checkbox"/> Incident Investigation & Analysis	<input type="checkbox"/> Work Permit System
<input type="checkbox"/> Emergency Preparedness & Response	<input type="checkbox"/> Driving Safety
<input type="checkbox"/> Housekeeping	<input type="checkbox"/> Work at Height Safety
<input type="checkbox"/> General Safety Inspection	<input type="checkbox"/> Lifting Safety
<input type="checkbox"/> Machine & Equipment Inspection	<input type="checkbox"/> Visitor Safety Control
<input type="checkbox"/> Industrial Hygiene Measurement	<input type="checkbox"/> Process Safety Information (PSI)
<input type="checkbox"/> Health Program	<input type="checkbox"/> Operating Procedures/ Work Instruction
<input type="checkbox"/> Ergonomic	<input type="checkbox"/> Training/ On the job Training (OJT)
<input type="checkbox"/> Vender & Contractor Control	<input checked="" type="checkbox"/> Others (Unsafe Action)

ลักษณะของอุบัติเหตุ

Injury Hazard Type (พิจารณาลักษณะของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเพียงอย่างเดียว อย่างหนึ่ง)

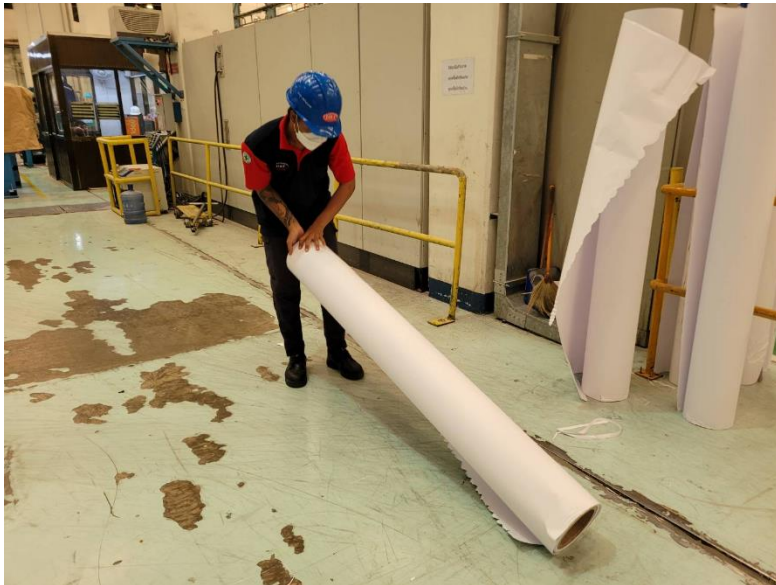
<input type="checkbox"/> ประเภทจุดหมุน, จุดหนีบ	<input checked="" type="checkbox"/> ประเภทสิ่งของพังทลาย, หล่นทับ, ตกใส่
<input type="checkbox"/> ประเภทที่สูงซึ่งทำให้ตกจากระยะ 1.8 เมตรขึ้นไป	<input type="checkbox"/> ประเภทรถงาน (รถงา, รถคืบ, รถตัก)
<input type="checkbox"/> ประเภทของมีคม	<input type="checkbox"/> ประเภทประกายไฟ, เปลวไฟ
<input type="checkbox"/> ประเภทสารเคมีอันตราย (ก๊าซ ของเหลว ของแข็ง)	<input type="checkbox"/> ประเภทวัสดุที่ปลิว, กระเด็น มาโดนร่างกาย
<input type="checkbox"/> ประเภทที่อับอากาศ	<input type="checkbox"/> ประเภทอุปกรณ์แรงดันสูง
<input type="checkbox"/> ประเภทสิ่งพุ่งชน หรือกลิ้งมาชน	<input type="checkbox"/> ประเภทของหนักซึ่งอาจบาดเจ็บจากการออกแรง
<input type="checkbox"/> ประเภทพื้นที่ต่างระดับ หรือสไล่น้ำที่อาจสะดุด, หกล้ม หรือวัตถุที่ขวางเส้นทางที่อาจชนกระแทก	<input type="checkbox"/> ประเภทวัตถุระเบิดได้
<input type="checkbox"/> ประเภทระบบไฟฟ้าซึ่งทำให้ถูกไฟดูด, ไฟช็อต	<input type="checkbox"/> ประเภทน้ำลึกซึ่งทำให้เกิดการจมน้ำได้
<input type="checkbox"/> ประเภทอุปกรณ์รังสี	<input type="checkbox"/> ประเภทยานพาหนะในการเดินทาง
<input type="checkbox"/> ประเภทผิวสัมผัสซึ่งมีความร้อนจัด, เย็นจัด	<input type="checkbox"/> ประเภทสัตว์ที่สามารถก่อให้เกิดอันตราย
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ)	

รายชื่อผู้เข้าร่วมวิเคราะห์อุบัติเหตุ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1	นายสุรัตน์ คุณรักษา	ผู้จัดการส่วนผลิตกระดาษ	ส่วนผลิตกระดาษ
2	นายมงคล บุญวิน	ผจพ. ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป	CONP.
3	นางสาวพัชรพรรณ สุวรรณธาดา	จป. วิชาชีพ	PPPC.
4	นายปณิธาน เชาว์ชื่น	วิศวกร	CONP.
5	นายชัยวัฒน์ นุพล	หัวหน้ากะ	CONP.
6	นายศักดิ์สิทธิ์ สงวนลำ	หัวหน้ากะ	CONP.
7	นายพงษ์พันธ์ โชติวัฒนกิจติกุล	หัวหน้ากะ	CONP.
8	นายภูติศ เกียรติศิริ	หัวหน้างาน	บ. เอชอาร์ ทรานส์ เซอร์วิส จำกัด
9	นางสาวจุฑามาศ พลเคน	HR	บ. เอชอาร์ ทรานส์ เซอร์วิส จำกัด
10	นางสาวดารารัตน์ วงษา	HR	บ. เอชอาร์ ทรานส์ เซอร์วิส จำกัด
11	นางสาวอภิญญา เวียงจันดา	จปว.	บ. เอชอาร์ ทรานส์ เซอร์วิส จำกัด
12	นายสารัช เดชนะ	พนักงานตำแหน่ง unwind cutter 1	บ. เอชอาร์ ทรานส์ เซอร์วิส จำกัด
13	นายภาณุชิต ภูมาสี	พนักงานตำแหน่ง unwind cutter 1	บ. เอชอาร์ ทรานส์ เซอร์วิส จำกัด

วิธีการวางแทนกระดาษที่ปลอดภัย

- จัด OJT ทุกคนที่ทำงาน unwind ให้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน



รายงานอุบัติเหตุจากการทำงาน **ขึ้นปฐมพยาบาล**

กรณี : คู่ธุรกิจถูกไม้กั้นโรงจอดรถหน้าประตู 4 ตกรถกระแทกศีรษะ

สถานที่ : โรงจอดรถจักรยานยนต์หน้าประตู 4 **แผนก** : Food Packaging Section/Administration Section **ส่วน** : Paper Production Department **บริษัท** : PPPC

วันที่ : 24 กรกฎาคม 2565

เวลา : 08:30 น.

ผู้บาดเจ็บ : นางสาวบัวไข เครือแสง คู่ธุรกิจบริษัท 121248 (**อายุตัว 42 ปี, อายุงาน: 4 ปี**)

รายละเอียด : พนักงานได้เสกนสตีกเกอร์ เพื่อนำรถจักรยานยนต์ออกจากโรงจอดรถจักรยานยนต์ ไม้กั้นได้ยกขึ้นตามปกติ แต่ในขณะที่กำลังเคลื่อนรถออก ไม้กั้นได้ตกรถกระแทกศีรษะ (สวมหมวกกันน็อค) อย่างแรง รถเสียหลักล้มทับร่างไหล่และเอวของพนักงานได้รับบาดเจ็บ และกระจกรถจักรยานยนต์แตกเสียหาย

การบาดเจ็บ : ได้รับบาดเจ็บที่ไหล่และเอว เนื่องจากรถล้มทับ



ทำไมถึงเกิดอุบัติเหตุขึ้น : สาเหตุของอุบัติเหตุ	มาตรการแก้ไข-ป้องกัน	Due date	PIC
Unsafe Action 1. ผู้ขับขี่ไม่รอให้ไม้กั้นลงให้สุดก่อน จึงค่อยสแกนออก	1. จัด รปภ. ให้ช่วยคำแนะนำและจัดระเบียบ ขับเข้าออก 2. ติดตั้งป้ายแนะนำการสแกนเพื่อเข้า-ออก 3. จำลองสถานการณ์ พร้อมชี้แจงการปฏิบัติให้เข้าใจตรงกัน	5/07/2565 18/8/2565	EMSS
Unsafe Condition 1. ช่องทางเข้า-ออก ใช้ไม้กั้นเดียวกัน	1. แยกช่องทางเข้าออก 2. มีเส้น visual ให้หยุดก่อนถึงไม้กั้น 3. รปภ. สายตรวจ ทำการตรวจสอบการทำงานของไม้กั้นทุกประตูทุกวัน กรณีที่พบความผิดปกติ จะแจ้งทีม Emergency เพื่อตรวจสอบและแก้ไข	31/08/2565 31/08/2565 ทุกวัน	EMSS

รายงานการวิเคราะห์อุบัติเหตุ

Updated: 10/06/2022

☐ Prelim report rev. __

☒ Final report

กรณี : คู่ธุรกิจถูกไม้กั้นโรงจอดรถหน้าประตู 4 ตกกระแทกศีรษะ

สถานที่เกิดเหตุ : โรงจอดรถจักรยานยนต์หน้าประตู 4

หน่วยงาน/ บริษัทพื้นที่ที่เกิดเหตุ: PPPC

หน่วยงาน/ บริษัทของผู้บาดเจ็บ: บจก. 12 12 48

วันที่ : 24/07/2565 เวลา : 08.30 น.

ลักษณะงานที่เกิดเหตุ:

☐ งานผลิต ☐ งานซ่อม ☐ งานโครงการ ☐ งานบริการ ☐ งานขนส่ง ☐ งานอื่นๆ (ระบุ) _____

KPI affected:

☐ Personal injuries ☐ Occ. Illness & Disease ☐ Fire ☐ Property damage ☒ Others _____

Impact on Worker <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Impact on asset <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		ผลกระทบต่อชุมชน <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
<u>ผู้ได้รับบาดเจ็บ</u>		<u>ประเภทอุบัติเหตุ</u>		<u>กระบวนการผลิต</u>		<u>หากมีผลกระทบต่อชุมชน</u>
<input type="checkbox"/> พนักงาน	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุถึงขั้นเสียชีวิต	<input type="checkbox"/> หยุดกระบวนการผลิต		ระบุ:		
	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุถึงขั้นหยุดงาน _____ วัน	<input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ	<input type="checkbox"/> ไม่หยุดกระบวนการผลิต			
<input checked="" type="checkbox"/> คู่ธุรกิจที่อยู่ภายใต้การควบคุมของบริษัท	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุไม่ถึงขั้นหยุดงาน	<input type="checkbox"/> การเปลี่ยนงานชั่วคราว _____ วัน	<u>เครื่องมือ/ เครื่องจักร / อุปกรณ์</u>			
	<input type="checkbox"/> การรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> มูลค่าความเสียหาย (Direct cost) ประมาณ _____ บาท				
	<input type="checkbox"/> การปฐมพยาบาล	<input type="checkbox"/> ไม่เสียหาย				
<input type="checkbox"/> บุคคลที่ 3	<input type="checkbox"/> การเจ็บป่วยและโรคจากการทำงาน					
ระยะเวลาที่สามารถกลับมา มีสภาพเหมือนก่อนได้รับบาดเจ็บ _____ วัน						

สารเคมีหกรั่วไหล

ชนิดของสารเคมี:

ปริมาณสารเคมีที่รั่วไหล:

รายละเอียดของเหตุการณ์

ข้อมูลผู้ประสบอุบัติเหตุ

☐ พนักงาน ☒ คู่ธุรกิจที่อยู่ภายใต้การควบคุม ☐ บุคคลที่ 3

ชื่อ-นามสกุล _นางสาวบัวไข เครือแสง_
ตำแหน่ง _____
สังกัดบริษัท _บจก. 12 12 48_
อายุตัว _42_ ปี อายุงานในตำแหน่ง _4_ ปี

รายละเอียดการรักษาพยาบาล

☐ สถานพยาบาล ☐ โรงพยาบาล (_____)
ลักษณะการบาดเจ็บ _เจ็บที่ไหล่และเอว_

การรักษา _____

ประวัติการเกิด
อุบัติเหตุ
ที่ผ่านมา



ตัวบุคคล/เครื่องจักร/สถานที่

☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุวันที่และเวลา)
วัน เดือน ปี / เวลา _____

เคยเกิดอุบัติเหตุลักษณะเดียวกันนี้

☐ ไม่มี ☒ มี (ระบุวันที่และเวลา)
วัน เดือน ปี/ เวลา _____

แผนภาพกระบวนการหรือเครื่องจักร/ แผนผังพื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุ

ข้อเท็จจริง/ ลำดับเหตุการณ์/ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน

Time	Detail of Accident
08.30	มีพนักงานคู่ธุรกิจสแกนเพื่อเข้าจอดในโรงรถ พอไม้กั้นเปิดก็ขับเข้าไป
	ไม้กั้นกำลังกำลังลดปิดตัวลง
	ผู้บาดเจ็บสแกนเพื่อจะออก
	ไม้กั้นที่กำลังลดตัวลงแต่ยังไม่ลงสนิท ได้ยกตัวขึ้นอีกครั้ง
	ผู้บาดเจ็บกำลังขับผ่านออกมา
	ไม้กั้นได้ลงตัวลงมากกระทบโดนศีรษะ ทำให้รถล้ม

ภาพแสดงการเกิดเหตุ/ พื้นที่หรือเครื่องจักรที่เกิดเหตุ/ ลักษณะการบาดเจ็บหรือความเสียหาย

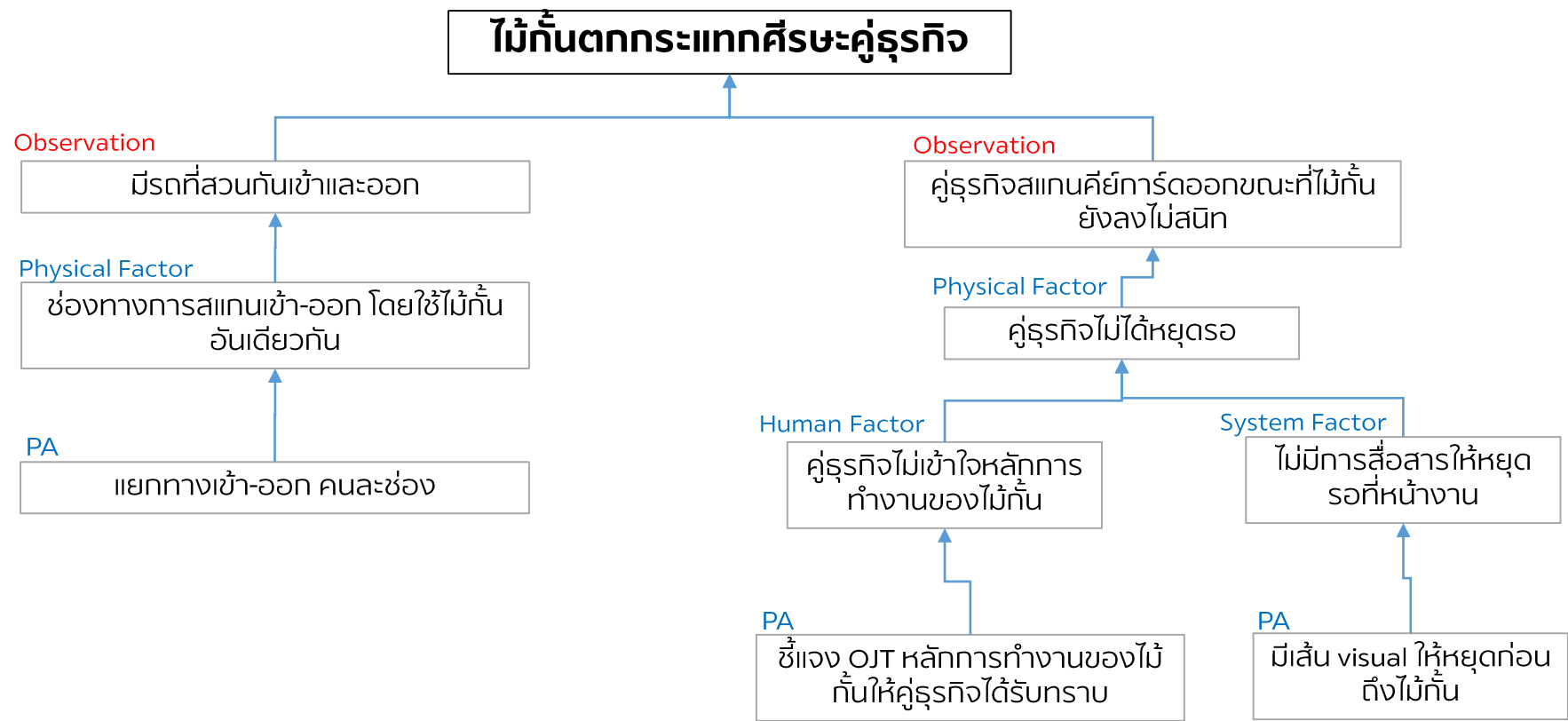


กระจกแตก

การวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติเหตุ

เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์อุบัติเหตุ

☒ Why Tree Analysis ☐ Fault Tree Analysis ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____



CA : Corrective Action

PA : Preventive Action

X : Not Related

การพิจารณาปรับปรุงและพัฒนาระบบ

Failure Layer (☒ ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input checked="" type="checkbox"/> Risk Assessment & Control	<input type="checkbox"/> Product Safety Control
<input type="checkbox"/> Safety Rules	<input type="checkbox"/> Off the Job Safety
<input type="checkbox"/> Management of New Project or Initial Phase	<input type="checkbox"/> Plant Isolation/ Log out-Tag out/ Line Break
<input type="checkbox"/> Management of Change	<input type="checkbox"/> Hazardous Chemical Control
<input type="checkbox"/> Pre Start up Safety Review	<input type="checkbox"/> Radioactive Control
<input type="checkbox"/> Registration & Regulation Compliance	<input type="checkbox"/> Confined Spaces Safety
<input type="checkbox"/> Incident Investigation & Analysis	<input type="checkbox"/> Work Permit System
<input type="checkbox"/> Emergency Preparedness & Response	<input type="checkbox"/> Driving Safety
<input type="checkbox"/> Housekeeping	<input type="checkbox"/> Work at Height Safety
<input type="checkbox"/> General Safety Inspection	<input type="checkbox"/> Lifting Safety
<input type="checkbox"/> Machine & Equipment Inspection	<input type="checkbox"/> Visitor Safety Control
<input type="checkbox"/> Industrial Hygiene Measurement	<input type="checkbox"/> Process Safety Information (PSI)
<input type="checkbox"/> Health Program	<input checked="" type="checkbox"/> Operating Procedures/ Work Instruction
<input type="checkbox"/> Ergonomic	<input checked="" type="checkbox"/> Training/ On the job Training (OJT)
<input type="checkbox"/> Vender & Contractor Control	<input checked="" type="checkbox"/> Others (Unsafe Action)

ลักษณะของอุบัติเหตุ

Injury Hazard Type (☒ พิจารณาลักษณะของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเพียงอย่างเดียว อย่างหนึ่ง)

<input type="checkbox"/> ประเภทจุดหมุน, จุดหนีบ	<input checked="" type="checkbox"/> ประเภทสิ่งของพังทลาย, หล่นทับ, ตกใส่
<input type="checkbox"/> ประเภทที่สูงซึ่งทำให้ตกจากระยะ 1.8 เมตรขึ้นไป	<input type="checkbox"/> ประเภทรถงาน (รถงา, รถคืบ, รถตัด)
<input type="checkbox"/> ประเภทของมีคม	<input type="checkbox"/> ประเภทประกายไฟ, เปลวไฟ
<input type="checkbox"/> ประเภทสารเคมีอันตราย (ก๊าซ ของเหลว ของแข็ง)	<input type="checkbox"/> ประเภทวัสดุที่ปลิว, กระเด็น มาโดนร่างกาย
<input type="checkbox"/> ประเภทที่อับอากาศ	<input type="checkbox"/> ประเภทอุปกรณ์แรงดันสูง
<input type="checkbox"/> ประเภทสิ่งพุ่งชน หรือกลิ้งมาชน	<input type="checkbox"/> ประเภทของหนักซึ่งอาจบาดเจ็บจากการออกแรง
<input type="checkbox"/> ประเภทพื้นที่ต่างระดับ หรือลื่นที่อาจสะดุด, หกล้ม หรือวัตถุกีดขวางเส้นทางที่อาจชนกระแทก	<input type="checkbox"/> ประเภทวัตถุระเบิดได้
<input type="checkbox"/> ประเภทระบบไฟฟ้าซึ่งทำให้ถูกไฟดูด, ไฟช็อต	<input type="checkbox"/> ประเภทน้ำลึกซึ่งทำให้เกิดการจมน้ำได้
<input type="checkbox"/> ประเภทอุปกรณ์รังสี	<input type="checkbox"/> ประเภทยานพาหนะในการเดินทาง
<input type="checkbox"/> ประเภทผิวสัมผัสซึ่งมีความร้อนจัด, เย็นจัด	<input type="checkbox"/> ประเภทสัตว์ที่สามารถก่อให้เกิดอันตราย
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ _____)	

มาตรการแก้ไขและป้องกัน

มาตรการแก้ไข (Corrective Action)

สาเหตุ	มาตรการแก้ไข	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดเสร็จ	ผลการแก้ไข
1. ผู้ขับขี่ไม่รอให้ไม้กั้นลงให้สุดก่อน จึงค่อยสแกนออก	1. จัด รูปก. ให้ช่วยคำแนะนำและจัดระเบียบ ขับออก	Emergency	18/08/2565	ดำเนินการแล้ว
	2. ติดตั้งป้ายแนะนำการสแกนเพื่อเข้า-ออก	Emergency	18/08/2565	ดำเนินการแล้ว
	3. จำลองสถานการณ์ พร้อมชี้แจงการปฏิบัติให้เข้าใจตรงกัน	Emergency	18/08/2565	ดำเนินการแล้ว
	4. รูปก. สายตรวจ ทำการตรวจสอบการทำงานของไม้กั้นทุกประตูทุกวัน กรณีที่พบความผิดปกติจะแจ้งทีม Emergency เพื่อตรวจสอบและแก้ไข			

มาตรการป้องกัน (Preventive Action)

สาเหตุ	มาตรการป้องกัน	ผู้รับผิดชอบ	กำหนดเสร็จ	ผลการแก้ไข
1. ช่องทางเข้า-ออก ใช้ไม้กั้นเดียวกัน	1. แยกช่องทางเข้าออก	Emergency	30/9/65	อยู่ระหว่างดำเนินการ
	2. มีเส้น visual ให้หยุดก่อนถึงไม้กั้น	Emergency Emergency	30/9/65	อยู่ระหว่างดำเนินการ

รายชื่อผู้เข้าร่วมวิเคราะห์อุบัติเหตุ

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน
1.	นายวีระพันธ์ โคตะวงษ์	Administration Section Manager	Administration Section
2.	นายพีระพงษ์ วงษ์สวัสดิ์	Food Packaging Section Manager	Food Packaging Section
3.	นางสาวพัชรพรรณ สุวรรณธาดา	Chief Occupational Health and Safety Officer	Occupational Health & Safety
4.	นายวิสูตร คำชมภู	Emergency Supervisor	Administration Section
5.	นางสาวสุนรทิพย์ เพ็งคำปิ้ง	จป. วิชาชีพ	บจก. 12 12 48
6.			
7.			
8.			
9.			

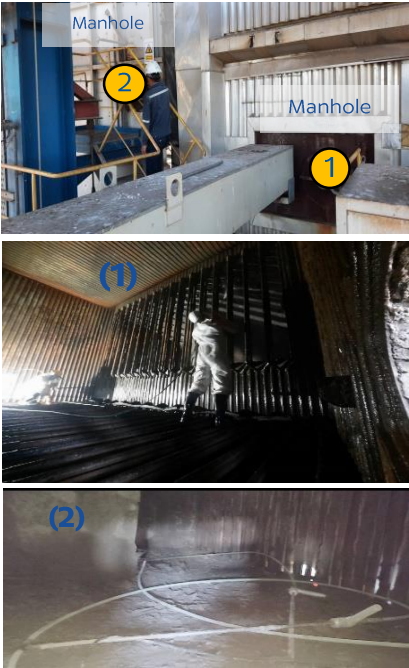
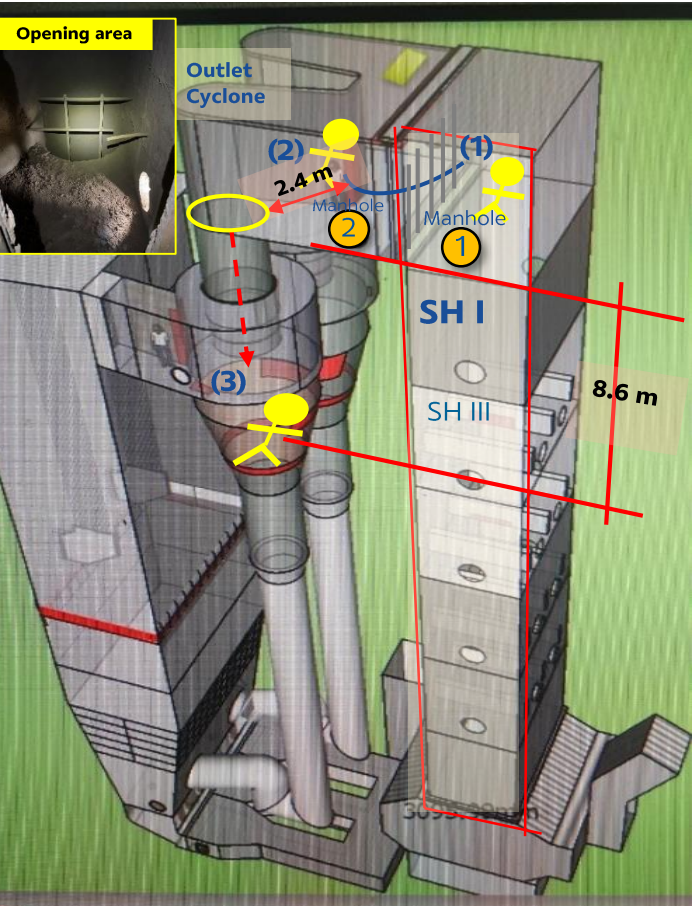
- หลักฐานการแก้ไขตาม CA/PA
- ทบทวนผลประโยชน์ความเสี่ยง
- นำเข้าขออนุมัติปิดเคสในที่ประชุม อนุกรรมการความปลอดภัย

Lost Time Accident (xx days)

Case : Contractor falling down from Outlet Cyclone
Location : Inlet Superheat I PB#4 Section : Power Plant & Utilities Section Department : Energy Department Company : PPPC
Date : 17 November 2022 Time : 10.15 Hr.
Injured : Mr. Yutthana Somsnook Sub contractor of TSP Services (Age 37 Yr.)

Detail : TSP services was hired to conduct high pressure water jet cleaning at PB#4 back pass area during PB#4 annual S/D.

- 08.00 Hr. TSP services start cleaning work at Super Heater I (SH I)
- 10.05 Hr. PPPC staff inspected cleanliness of SH I area however there was fouling (scale) remain at tubes on inlet SH I (1) , then PPPC staff advised contractor to clean the remained scale.
- 10.15 Hr. Mr. Yutthana (Injured) moved out from SH I area (thru manhole no. 1) then went inside outlet cyclone area (2) (thru manhole no. 2) for cleaning scale at inlet SH I tubes. While arranging hose by stepping backward, the injured did not notice that there was opening at the back then he fell down thru cyclone around 8.6 meters and stuck up at the cone (3).
The scaffolding contractor that worked at the cyclone area saw the injured fell down then decided to call their supervisor and help to transfer injured person.
- 10.30 Hr. The injured was brought out from the cyclone and conducted first aid by plant nurse then transfer to Srinagarind hospital for further assessment and medication.

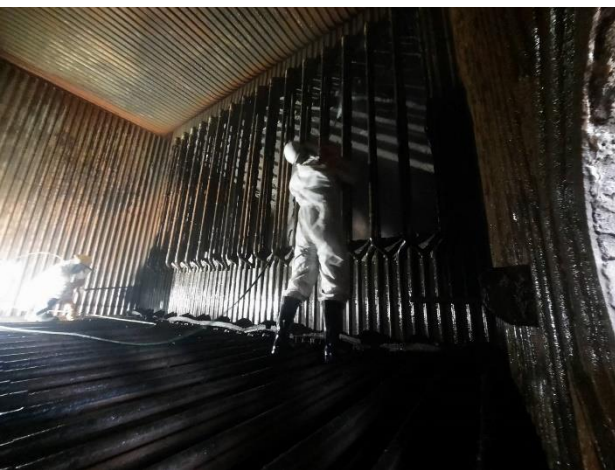


R L Injury and Treatment

- a. Right wrist broken (Open reduction Internal Fixation, ORIF)
- b. Left wrist slipped (Splint/Plaster cast)
- c. Left ankle broken (Splint/Plaster cast)
- d. CT Scan no abnormality at brain & internal organs.

Cause of accident	Corrective & Preventive Action	Due date	PIC
Corrective Action <ul style="list-style-type: none">Stop maintenance activities then review and correct all the risk areas by installing scaffold & railing at Cyclone & furnace outlet.		Done	Maintenance Process
Preventive Action Unsafe Action : <ol style="list-style-type: none">Job Safety Analysis (JSA) was not cover all risk that may occur from activities. (JSA was considered work only inside back pass area (1) which risk was identified only confine space)Job owner did not secure new work permit when the scope/area of work was changed. (Working area was changed from existing work permit to correct the job.)	<ol style="list-style-type: none">Review risk assessment for Shutdown activities and apply drawing & hazard mapping to identify risk. Identify clearly on person in charge between supervisor of contractor & job owner. Any change in scope of work need to inform supervisor.New work permit & JSA need to be secured on any change in scope of works or working areas as indicated in existing work permit. Indicate safety sign on each manhole to identify risk when entering in a manhole. (aside from confine space)	Done Done Done	Process Process/ Contractor Process / Contractor Process
Unsafe Condition : <ol style="list-style-type: none">Some of opening areas were not secured by scaffold & railing (Scaffold & railing were install only maintenance areas according to inspection plan)Insufficient light in new working area.	<ol style="list-style-type: none">Revised S/D procedure to install railing or scaffold to prevent risk from falling from height prior to allow other jobs to start.Inspect working area to have sufficient lighting prior to allow job to be started.	Done Done	Process Maintenance Process
Extension for prevention <ul style="list-style-type: none">Sharing accident case to other power plants in SCGP<ul style="list-style-type: none">SKIC-BP, SKIC-WS & TCP (1 Dec '22)Oversea mills		Done 15 Dec'22	Process

1. ปฏิบัติงานทำความสะอาดท่อ ในห้อง SH I



2. ได้รับแจ้งว่าท่อฝั่ง Inlet SH I ไม่สะอาด จึงออกจากห้อง SH I และมาเข้า Manhole cyclone เพื่อไปยัง Inlet SH I



3. เข้า Manhole cyclone แล้วลากสายยางด้วยหลังเพื่อจะเดินเข้าช่องแคบเพื่อดัดล้างท่อ Inlet SH I
4. ในระหว่างทำด้วยหลัง จึงปลดตะขอเปิดท่อ Cyclone



อาคาร Boiler No.4



จุดที่ต้องการฉีดทำความสะอาด

รายงานการวิเคราะห์อุบัติเหตุ

Updated: XX/XX/2022

☐ Prelim report rev.__

☒ Final report

กรณี :
สถานที่เกิดเหตุ :
หน่วยงาน/ บริษัทพื้นที่ที่เกิดเหตุ :
หน่วยงาน/ บริษัทของผู้บาดเจ็บ :
วันที่ : เวลา :

ลักษณะงานที่เกิดเหตุ:

☒ งานผลิต

☐ งานซ่อม

☐ งานโครงการ

☐ งานบริการ

☐ งานขนส่ง

☐ งานอื่นๆ (ระบุ) _____

KPI affected:

☒ Personal injuries

☐ Occ. Illness & Disease

☐ Fire

☐ Property damage

☐ Others _____

Impact on Worker <input checked="" type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Impact on asset <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No		ผลกระทบต่อชุมชน <input type="checkbox"/> Yes <input checked="" type="checkbox"/> No			
ผู้ได้รับบาดเจ็บ		ประเภทอุบัติเหตุ		กระบวนการผลิต		หากมีผลกระทบต่อชุมชน	
<input type="checkbox"/> พนักงาน	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุถึงขั้นเสียชีวิต	<input type="checkbox"/> หยุดกระบวนการผลิต	ระบุ:				
	<input checked="" type="checkbox"/> อุบัติเหตุถึงขั้นหยุดงาน _____ วัน	<input type="checkbox"/> สูญเสียอวัยวะ	<input checked="" type="checkbox"/> ไม่หยุดกระบวนการผลิต				
<input checked="" type="checkbox"/> คู่ธุรกิจที่อยู่ภายใต้การควบคุมของบริษัท	<input type="checkbox"/> อุบัติเหตุไม่ถึงขั้นหยุดงาน	<input type="checkbox"/> การเปลี่ยนงานชั่วคราว _____ วัน	เครื่องมือ/ เครื่องจักร / อุปกรณ์				
	<input type="checkbox"/> การรักษาพยาบาล	<input type="checkbox"/> มูลค่าความเสียหาย (Direct cost) ประมาณ _____ บาท	สารเคมีหกรั่วไหล				
<input type="checkbox"/> บุคคลที่ 3	<input type="checkbox"/> การปฐมพยาบาล	<input type="checkbox"/> ไม่เสียหาย					
	<input type="checkbox"/> การเจ็บป่วยและโรคจากการทำงาน		ชนิดของสารเคมี:				
	ระยะเวลาที่สามารถกลับมา มีสภาพเหมือนก่อนได้รับบาดเจ็บ _____ วัน		ปริมาณสารเคมีที่รั่วไหล:				

รายละเอียดของเหตุการณ์

ข้อมูลผู้ประสบอุบัติเหตุ

☐ พนักงาน ☒ คู่ธุรกิจที่อยู่ภายใต้การควบคุม ☐ บุคคลที่
ชื่อ-นามสกุล _____
สังกัด _____
ตำแหน่ง _____
สังกัดบริษัท _____
อายุตัว _____ ปี อายุงานในตำแหน่ง _____ ปี

รายละเอียดการรักษาพยาบาล

☐ สถานพยาบาล ☒ โรงพยาบาล (_____)
ลักษณะการบาดเจ็บ

ประวัติการเกิด
อุบัติเหตุ
ที่ผ่านมา

ตัวบุคคล/เครื่องจักร/สถานที่

☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุวันที่และเวลา)
วัน เดือน ปี / เวลา _____

เคยเกิดอุบัติเหตุลักษณะเดียวกันนี้

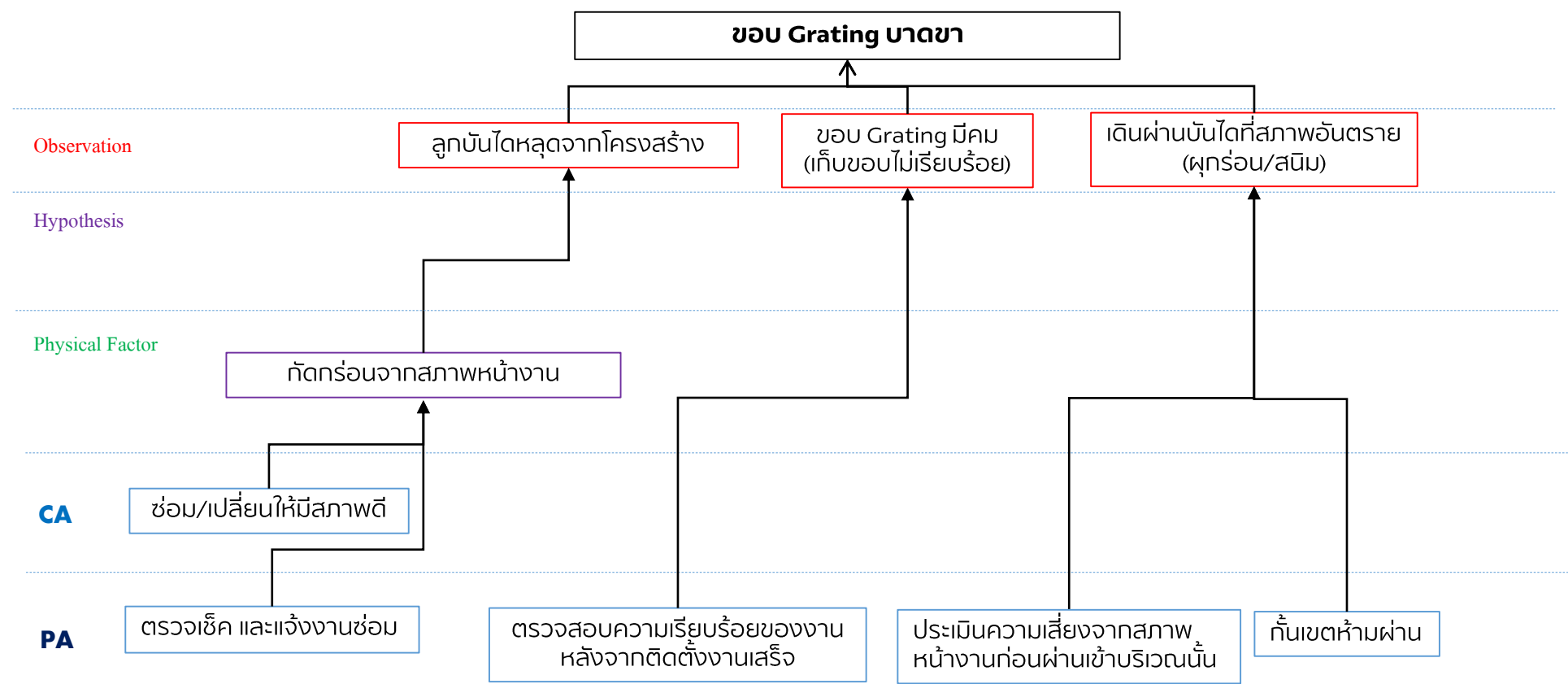
☒ ไม่มี ☐ มี (ระบุวันที่และเวลา)
วัน เดือน ปี/ เวลา _____

แผนภาพกระบวนการหรือเครื่องจักร/ แผนผังพื้นที่ที่เกิดอุบัติเหตุ

การวิเคราะห์สาเหตุของอุบัติเหตุ

เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์อุบัติเหตุ

☒ Why Tree Analysis ☐ Fault Tree Analysis ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ) _____



CA : Corrective Action

PA : Preventive Action

X : Not Related

การพิจารณาปรับปรุงและพัฒนาระบบ

Failure Layer (☒ ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ)

<input checked="" type="checkbox"/> Risk Assessment & Control	<input type="checkbox"/> Product Safety Control
<input type="checkbox"/> Safety Rules	<input type="checkbox"/> Off the Job Safety
<input type="checkbox"/> Management of New Project or Initial Phase	<input type="checkbox"/> Plant Isolation/ Log out-Tag out/ Line Break
<input type="checkbox"/> Management of Change	<input type="checkbox"/> Hazardous Chemical Control
<input type="checkbox"/> Pre Start up Safety Review	<input type="checkbox"/> Radioactive Control
<input type="checkbox"/> Registration & Regulation Compliance	<input type="checkbox"/> Confined Spaces Safety
<input type="checkbox"/> Incident Investigation & Analysis	<input checked="" type="checkbox"/> Work Permit System
<input type="checkbox"/> Emergency Preparedness & Response	<input type="checkbox"/> Driving Safety
<input type="checkbox"/> Housekeeping	<input checked="" type="checkbox"/> Work at Height Safety
<input type="checkbox"/> General Safety Inspection	<input type="checkbox"/> Lifting Safety
<input type="checkbox"/> Machine & Equipment Inspection	<input type="checkbox"/> Visitor Safety Control
<input type="checkbox"/> Industrial Hygiene Measurement	<input type="checkbox"/> Process Safety Information (PSI)
<input type="checkbox"/> Health Program	<input type="checkbox"/> Operating Procedures/ Work Instruction
<input type="checkbox"/> Ergonomic	<input type="checkbox"/> Training/ On the job Training (OJT)
<input type="checkbox"/> Vender & Contractor Control	<input type="checkbox"/> Others (Unsafe Action)

ลักษณะของอุบัติเหตุ

Injury Hazard Type (☒ พิจารณาลักษณะของการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นเพียงอย่างเดียว อย่างหนึ่ง)

<input type="checkbox"/> ประเภทจุดหมุน, จุดหนีบ	<input type="checkbox"/> ประเภทสิ่งของพังทลาย, หล่นทับ, ตกใส่
<input checked="" type="checkbox"/> ประเภทที่สูงซึ่งทำให้ตกจากระยะ 1.8 เมตรขึ้นไป	<input type="checkbox"/> ประเภทรถงาน (รถงา, รถคืบ, รถตัด)
<input type="checkbox"/> ประเภทของมีคม	<input type="checkbox"/> ประเภทประกายไฟ, เปลวไฟ
<input type="checkbox"/> ประเภทสารเคมีอันตราย (ก๊าซ ของเหลว ของแข็ง)	<input type="checkbox"/> ประเภทวัสดุที่ปลิว, กระเด็น มาโดนร่างกาย
<input type="checkbox"/> ประเภทที่อับอากาศ	<input type="checkbox"/> ประเภทอุปกรณ์แรงดันสูง
<input type="checkbox"/> ประเภทสิ่งพุ่งชน หรือกลิ้งมาชน	<input type="checkbox"/> ประเภทของหนักซึ่งอาจบาดเจ็บจากการออกแรง
<input type="checkbox"/> ประเภทพื้นที่ต่างระดับ หรือลื่นที่อาจสะดุด, หกล้ม หรือวัตถุกีดขวางเส้นทางที่อาจชนกระแทก	<input type="checkbox"/> ประเภทวัตถุระเบิดได้
<input type="checkbox"/> ประเภทระบบไฟฟ้าซึ่งทำให้ถูกไฟดูด, ไฟช็อต	<input type="checkbox"/> ประเภทน้ำลึกซึ่งทำให้เกิดการจมน้ำได้
<input type="checkbox"/> ประเภทอุปกรณ์รังสี	<input type="checkbox"/> ประเภทยานพาหนะในการเดินทาง
<input type="checkbox"/> ประเภทผิวสัมผัสซึ่งมีความร้อนจัด, เย็นจัด	<input type="checkbox"/> ประเภทสัตว์ที่สามารถก่อให้เกิดอันตราย
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ _____)	



CA/PA : 2. Identify visual & Hazard Map

