

ภาคผนวก ข-21

สรุปสถิติชั่วโมงการทำงาน และรายงานการสอบสวนอุบัติเหตุ
หรืออุบัติการณ์ ระหว่างเดือนกรกฎาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2565

WHA Eastern Seaboard NGD4

ชั่วโมงการทำงานเจ้าหน้าที่ บริษัท ดับบลิวเอชเอ ইস্টার্ন ซีบอร์ด เอ็นจีดี 4 จำกัด มกราคม -ธันวาคม 2565

ประเภทพนักงาน	มค.65	กพ.65	มีค.65	เมษ.65	พค.65	มิย.65	กค.65	สค.65	กย.65.	ตค.65	พย.65	ธค.65	รวม
พนักงานประจำสำนักงาน	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
พนักงานแผนกผลิตและซ่อมบำรุง	744	672	744	720	744	720	744	744	720	744	720	744	8,760
รวมชั่วโมงการทำงาน	744	672	744	720	744	720	744	744	720	744	720	744	8,760

WHA Eastern Seaboard NGD4

สรุป อุบัติการณ์ / อุบัติเหตุ ช่วงระยะเวลา มกราคม – ธันวาคม 2565

ลำดับ.	วันที่	ประเภท	คำอธิบาย	สาเหตุ	การแก้ไข	การป้องกัน	ดำเนินการโดย	หมายเหตุ
-	-	-	-	-	-	-	-	-

หมายเหตุ: ประเภทเหตุการณ์หมายถึงกรณีเสียชีวิต (F), กรณีรักษาพยาบาล (M) กรณีปฐมพยาบาล (A), กรณีทรัพย์สินเสียหาย (P), กรณีสิ่งแวดล้อม (E), กรณีไฟไหม้ (FC), กรณียานพาหนะ (V), และกรณีเกือบพลาด(Near Miss Case) (N)

เลขที่วันที่ / ประเภท / คำอธิบาย / สาเหตุ / แก้ไขการกระทำ / ป้องกันการกระทำ / การกระทำโดย / หมายเหตุ

สรุป ไม่มีอุบัติเหตุและเหตุฉุกเฉิน ระหว่างเดือน มกราคม – ธันวาคม 2565

รายงาน โดย:



วิศวกรปฏิบัติการและบำรุงรักษา

วันที่: 6 มกราคม 2566

อนุมัติ โดย :



General Manager

วันที่: 6 มกราคม 2566

แบบฟอร์มรายงานอุบัติเหตุ (Accident Report Form)

ขั้นตอนการแจ้งอุบัติเหตุ : พนักงาน → หัวหน้าหน่วย → ปล.หัวหน้างาน → ปล.เทคนิค (แจ้งภายใน 12 ชม.)

ขั้นตอนการเขียนรายงานอุบัติเหตุ : หัวหน้าหน่วย → ปล.หัวหน้างาน → ปล.เทคนิค

1. ข้อมูลอุบัติเหตุ

ชนิดของอุบัติเหตุ ☐ ในงาน ☐ นอกรงาน ☐ ไฟไหม้,ระเบิด,ก๊าซรั่ว ☐ สารเคมี/น้ำมัน หกรั่วไหล

วันที่เกิดเหตุ _____ เวลาที่เกิดเหตุ _____ น. สถานที่เกิดเหตุ _____

สาเหตุการบาดเจ็บ ☐ ลื่น,หกล้ม ☐ กระแทก,ชน ☐ หนีบ,แฉก,สัมผัส ☐ ของเข้าตา
☐ สิ่งของตกใส่ ☐ สูดดมสารเคมี ☐ ตกจากที่สูง ☐ ตัด,ฉีก,เฉือน,บาด
☐ อื่น ๆ _____

ส่วนที่ได้รับการบาดเจ็บ _____

2. ข้อมูลรายละเอียดของผู้ที่ได้รับบาดเจ็บ / ประสบเหตุ

ชื่อ - นามสกุล _____ รหัสพนักงาน _____ อายุ _____ ปี เพศ ☐ ชาย ☐ หญิง

หน่วย _____ แผนก _____ ฝ่าย _____ อายุงาน _____ ปี _____ เดือน

หน้าที่ _____ อายุงานในหน้าที่ _____ ปี _____ เดือน

3. ข้อมูลการประเมินความรุนแรงของอุบัติเหตุ

การหยุดงาน	การบาดเจ็บ	ทรัพย์สินเสียหาย
<input type="checkbox"/> ไม่หยุดงาน <input type="checkbox"/> หยุดงานไม่เกิน 3 วัน <input type="checkbox"/> หยุดงานเกิน 3 วัน _____ วัน	<input type="checkbox"/> บาดเจ็บเล็กน้อย <input type="checkbox"/> พักการบางส่วน <input type="checkbox"/> ทุพพลภาพ <input type="checkbox"/> เสียชีวิต	ค่าความเสียหาย _____ บาท(โดยประมาณ) <input type="checkbox"/> 1 - 5,000 บาท <input type="checkbox"/> 5,001 - 50,000 บาท <input type="checkbox"/> 50,001 บาทขึ้นไป

4. รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ

รายละเอียดการเกิดอุบัติเหตุ	รูปภาพการเกิดเหตุ
	รูปถ่ายการเกิดเหตุ

5. การวิเคราะห์

สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุ

การกระทำที่ไม่ปลอดภัย

- ☐ ปฏิบัติงานโดยไม่ได้รับอนุญาต หรือไม่มีหน้าที่รับผิดชอบ _____

☐ ปฏิบัติงานผิดหรือลัดขั้นตอน _____

☐ ขาดความชำนาญในการทำงาน _____

☐ ประมาทเลินเล่อ _____

☐ ปฏิบัติงานด้วยความเร่งรีบ _____

☐ แต่งกายไม่ถูกต้อง ไร้ทัก _____

☐ บำรุง รักษา ดูแล ทำความสะอาดเครื่องจักรโดยไม่ปิดเครื่องจักร _____

☐ หยอกล้อ เล่นกัน ขณะปฏิบัติงาน _____

☐ ไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (PPE) _____

☐ สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม _____

☐ อื่น ๆ _____

สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย

- ☐ เครื่องมือ เครื่องจักร อยู่ในสภาพชำรุด และไม่มีเซฟการ์ด _____

☐ เซฟการ์ดมีสภาพไม่เหมาะสม _____

☐ วัสดุอุปกรณ์วางไม่เป็นระเบียบ _____

☐ ขาดการอบรม _____

☐ ไม่มีการจัดเก็บสารเคมีอย่างปลอดภัยและเหมาะสม _____

☐ สภาพแวดล้อมในที่ทำงานไม่ปลอดภัย เช่น แสง เสียง ความร้อนหรืออื่น ๆ _____

☐ ระบบสัญญาณเตือนอันตรายชำรุด หรือไม่เพียงพอ _____

☐ บริเวณพื้นที่ทำงานไม่สะอาด สลื่น มีน้ำท่วมขัง _____

☐ สถานที่ทำงานคับแคบหรือจำกัด _____

☐ อื่น ๆ _____

6. แนวทางในการแก้ไขและป้องกัน

[illegible]