



Central Animal Facility, Faculty of Science, Mahidol University (MUSC–CAF)
Incident Report and Monitoring Form for Work-related Injuries

A) GENERAL INFORMATION (ข้อมูลทั่วไป)

Name (ชื่อและนามสกุล) _____

Are you from MUSC? (สังกัดคณะวิทยาศาสตร์หรือไม่)

Yes (ใช่) Department (ภาควิชา) _____

No (ไม่ใช่), state your affiliation (ระบุต้นสังกัด) _____

Phone number (เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้สะดวก) _____ E-mail (อีเมล) _____

B) INCIDENT INFORMATION (ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุการณ์)

Incident date (วันที่เกิดเหตุ) _____ Time (เวลา) _____ Location (สถานที่) _____

Any animal species involved? (เกี่ยวข้องกับสัตว์ทดลองหรือไม่) No (ไม่ใช่) Yes, specify (ใช้ ร-บ) _____

Any human products involved? (เกี่ยวข้องกับเซลล์เนื้อเยื่อ สารคัดหลั่ง หรือเลือดของมนุษย์หรือไม่) No (ไม่ใช่) Yes, specify (ใช้ ร-บ) _____

Any chemicals involved? (เกี่ยวข้องกับสารเคมีหรือไม่) No (ไม่ใช่) Yes, specify (ใช้ ร-บ) _____

Description of wound(s), i.e., type, location, and size of each wound (ระบุชนิด ตำแหน่ง และขนาดของแต่ละบาดแผล)

Summary of an event leading to the injury (เล่าสรุปเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นที่ทำให้ได้รับบาดเจ็บ)

Which medical aids that you performed on site? (คุณได้ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นอะไรบ้าง)

None (ไม่มี) Washing and cleansing (ล้างด้วยน้ำสะอาดและสบู่) Using the first-aid kit (ใช้อุปกรณ์จากตู้ปฐมพยาบาล) Others, specify (ใช้วิธีอื่น ร-บ) _____

C) IMMUNIZATION STATUS (ข้อมูลเกี่ยวกับการรับวัคซีน)

When were the last times you received these vaccines? (คุณได้รับวัคซีนเหล่านี้ครั้งสุดท้ายเมื่อใด)

Tetanus (โรคบาดทะยัก): The latest date of completion (วันที่ฉีดวัคซีนล่าสุด) _____ Never (ไม่เคยได้รับ) Not sure (ไม่แน่ใจ)

Rabies (โรคพิษสุนัขบ้า): The latest date of completion (วันที่ฉีดวัคซีนล่าสุด) _____ Never (ไม่เคยได้รับ) Not sure (ไม่แน่ใจ)

D) SIGNATURES (ลายเซ็นของผู้ได้รับบาดเจ็บและสัตวแพทย์)

Injured person (ผู้ได้รับบาดเจ็บ) _____ Date (วันที่) _____

Veterinarian (สัตวแพทย์) _____ Date (วันที่) _____

For Occupational Health and Safety (OHS) Officer Use Only (สำหรับเจ้าหน้าที่อาชีวอนามัยเท่านั้น)

Additional treatment required? No Yes, specify _____

Additional training required and when? No Yes, specify _____

Further assessment and/or action from OHSP required? No Yes, specify _____

OHS officer signature (ลายเซ็นเจ้าหน้าที่อาชีวอนามัย) _____ Date (วันที่) _____

Effective date: October 22, 2017