



Central Animal Facility, Faculty of Science, Mahidol University (MUSC-CAF)

Occupational Risk Assessment and Medical Questionnaire

A) GENERAL INFORMATION (ข้อมูลทั่วไป)

Name (ชื่อและนามสกุล) _____

Gender (เพศ) Male (ชาย) Female (หญิง) Date of birth (วันเดือนปีที่เกิด) _____

Choose and fill one of the followings based on the purpose of your entry (เลือกและกรอกข้อมูลตามจุดประสงค์ของการเข้ามาภายในหน่วยสัตว์ทดลอง)

1) Employees and IACUC members (สำหรับพนักงาน และสมาชิก ค.ก.ส. ของหน่วยสัตว์ทดลอง)

Position (ตำแหน่ง) _____

2) Animal users and regular contractors (สำหรับผู้ใช้สัตว์ทดลอง และผู้ที่มาปฏิบัติงานภายในหน่วยสัตว์ทดลองเป็นประจำ)

Position (ตำแหน่ง): Undergraduate student (นักศึกษาปริญญาตรี) Graduate student (นักศึกษามหาบัณฑิต) Research scientist (นักวิจัย)

Principal investigator (หัวหน้าโครงการ) Other (อื่น ๆ ระบุ) _____

Affiliation (หน่วยงานต้นสังกัด) MUSC (คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล), Department (ภาควิชา) _____

Other, specify (จากที่อื่น ระบุ) _____

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

3) One-time visitors and contractors (สำหรับผู้มาเยี่ยมชมหรือสำรวจ และผู้ที่มาปฏิบัติงานภายในหน่วยสัตว์ทดลองเป็นครั้งคราว)

Position (ตำแหน่ง) _____ Affiliation (หน่วยงานต้นสังกัด) _____

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

Purpose of this visit (เหตุผลที่ต้องการเข้ามาในครั้งนี้) _____

Time in (เวลาเข้า) _____ Estimated time out (เวลาออกโดยประมาณ) _____

B) OCCUPATIONAL RISK ASSESSMENT (การประเมินความเสี่ยงทางอาชีวอนามัย)

1. Will you be exposed to laboratory animals and/or their products at MUSC-CAF? (คุณจะต้องสัมผัสสัตว์หรือสิ่งที่มาจากสัตว์ในหน่วยสัตว์ทดลองหรือไม่)

Yes (ต้อง) No (ไม่ต้อง) If no, proceed to question 6 (ถ้าตอบว่าไม่ต้อง ให้ข้ามไปตอบคำถามข้อที่ 6)

2. List animal species you will be exposed at MUSC-CAF (ระบุชนิดสัตว์ที่ต้องสัมผัสที่หน่วยสัตว์ทดลอง)

Rats (หนูแรท) Mice (หนูไมซ์) Rabbits (กระต่าย) Other, specify (อื่น ๆ ระบุ) _____

3. Briefly describe your animal-related tasks (อธิบายสั้น ๆ ถึงลักษณะของงานที่เกี่ยวข้องกับสัตว์ทดลอง) _____

4. Estimate the average frequency of your animal-related works at MUSC-CAF (ประมาณความถี่ในการปฏิบัติงานกับสัตว์ทดลองที่หน่วยฯ)

Once (ครั้งเดียว) Almost every day per week (เกือบทุกวันต่อสัปดาห์) Few times per week (สัปดาห์ละไม่เกิน 2-3 ครั้ง) Few times per month (เดือนละไม่เกิน 2-3 ครั้ง) Few times per year (ปีละไม่เกิน 2-3 ครั้ง) Other, specify (อื่น ๆ ระบุ) _____

5. Do you own pets? (คุณมีสัตว์เลี้ยงหรือไม่) No (ไม่มี) Yes (มี), specify (ระบุชนิด) _____

6. Will you be working with these hazards at MUSC-CAF? (คุณจะต้องทำงานกับสิ่งที่เป็นอันตรายเหล่านี้ที่หน่วยสัตว์ทดลองหรือไม่)

Needles and sharps (เข็มฉีดยา และของมีคม) Anesthetic gases (ก๊าซที่ทำให้สลบ) Radiation equipment or radioactive elements (เครื่องกำเนิดรังสี หรือธาตุกัมมันตรังสี) Animal husbandry and other heavy machines (เครื่องกลที่ใช้สำหรับเลี้ยงสัตว์ และอื่น ๆ) Infrastructure (ระบบโครงสร้างของอาคาร) Pathogens, specify (เชื้อก่อโรค ระบุ) _____

Carcinogen/mutagen/teratogen, specify (สารก่อมะเร็ง ก่อกลายพันธุ์ หรือก่อวิรูป ระบุ) _____

None of the above (ไม่มีการทำงานที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็นอันตรายที่แจ้งไว้ด้านบน)

7. Have you ever attended a training session about occupational health and safety program provided by MUSC-CAF? (คุณเคยเข้าฟังการอบรมทางอาชีวอนามัยและความปลอดภัยที่จัดโดยหน่วยสัตว์ทดลองหรือไม่) No (ไม่เคย) Yes (เคย), when? (เมื่อไหร่) _____

For female only (สำหรับผู้หญิงเท่านั้น)

8. Are you pregnant? (คุณกำลังตั้งครรภ์หรือไม่) Yes (ใช่) No (ไม่ใช่)

9. Are you planning to become pregnant within one year? (คุณกำลังวางแผนที่จะตั้งครรภ์ภายในระยะเวลา 1 ปีหรือไม่) Yes (ใช่) No (ไม่ใช่)

C) BACKGROUND MEDICAL RECORD AND IMMUNIZATION STATUS (ประวัติเกี่ยวกับโรคประจำตัว และการรับวัคซีน)

Have you been diagnosed with these conditions? (คุณมีโรคประจำตัวดังต่อไปนี้หรือไม่)

Conditions (โรคหรือภาวะ)	Response (คำตอบ)	If yes, describe current symptoms (ถ้ามี ระบุอาการขณะนี้)
Allergic eczema, e.g., from latex gloves (โรคผื่นผิวหนังที่เกิดจากการแพ้สารต่าง ๆ เช่น จากถุงมือยาง)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Asthma (โรคหอบหืด)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Back or joint problems (โรคที่มีอาการปวดหลังหรือข้อ)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Seasonal allergies (โรคภูมิแพ้ตามฤดูกาล)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Sinusitis (โรคไซนัสอักเสบ)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Other conditions (อื่น ๆ ระบุ) _____	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	

Have you ever received these vaccines, please state your most recent immunization date? (คุณเคยได้รับวัคซีนเหล่านี้หรือไม่ ครั้งล่าสุดเมื่อใด)

Vaccination (การได้รับวัคซีน)	Response (คำตอบ)	If yes, when? (ถ้าใช่ ระบุวันที่ฉีดล่าสุด)
Rabies (พิษสุนัขบ้า)	<input type="checkbox"/> Yes (เคย) <input type="checkbox"/> No (ไม่เคย) <input type="checkbox"/> Not sure (ไม่แน่ใจ)	
Tetanus (บาดทะยัก)	<input type="checkbox"/> Yes (เคย) <input type="checkbox"/> No (ไม่เคย) <input type="checkbox"/> Not sure (ไม่แน่ใจ)	

D) CURRENT HEALTH STATUS AND WORK-RELATED SYMPTOMS WHILE WORKING AT MUSC-CAF (สุขภาพในปัจจุบัน และประวัติเจ็บป่วยระหว่างทำงานที่หน่วยสัตว์ทดลอง)

In the past week, have you had any of these symptoms—high fever, headache, muscle ache, running nose, cough, sore throat, nausea/vomiting or diarrhea? (ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา คุณมีอาการเหล่านี้บ้างหรือไม่—ไข้สูง ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ มีน้ำมูก ไอ เจ็บคอ คลื่นไส้/อาเจียน หรือ ถ่ายเหลว)
 Yes (มี) No (ไม่มี)

If you are one-time visitor or contractor, do not answer these following questions. (ถ้าคุณเป็นผู้อยู่มาเยี่ยมสำรวจหรือปฏิบัติงานภายในหน่วยสัตว์ทดลองเป็นครั้ง ๆ ไม่ต้องตอบคำถามต่อไปนี้)

Within one year, have you ever experienced any of these symptoms when working at MUSC-CAF? (ใน 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยมีอาการเหล่านี้หลังจากที่ได้ทำงานที่หน่วยสัตว์ทดลองหรือไม่)

Symptoms (อาการ)	Response (คำตอบ)	If yes, describe current symptoms (ถ้ามี ระบุอาการขณะนี้)
Chest tightness (แน่นหน้าอก)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Chronic cough more than four weeks (ไอเรื้อรังมากกว่า 4 สัปดาห์)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Frequent muscle ache or joint pain (ปวดกล้ามเนื้อหรือข้อเป็นประจำ)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Problems with vision or hearing (ความสามารถในการมองเห็นหรือได้ยินลดลง)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Runny/itchy eye (มีน้ำตาไหล/สคายเคืองตา)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Runny/itchy/congested nose (น้ำมูกไหล/คั้น/แน่นจมูก)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Shortness of breath during regular work (เหนื่อย หอบหรือหายใจถี่ขณะทำงานปกติ)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Skin rash or hives (ผื่นคันหรือลมพิษตามผิวหนัง)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Wheezing (หอบเสียงหวีด)	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	
Other concerns (อื่น ๆ ระบุ) _____	<input type="checkbox"/> Yes (มี) <input type="checkbox"/> No (ไม่มี)	

Signature (ลายเซ็นของผู้นิเทศ) _____ Date (วันเดือนปี) _____

For Occupational Health and Safety Officer Use Only (สำหรับเจ้าหน้าที่อาชีวอนามัยเท่านั้น)
Comments (ข้อเสนอแนะ):
Signature of OHS officer (ลายเซ็นของเจ้าหน้าที่อาชีวอนามัย) _____ Date (วันเดือนปี) _____