



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี
 36
 วันที่ - 4 มิ.ย. 2567
 เวลา

ที่ อน ๐๐๓๓.๐๑๑/๖๕๖

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี
 ต.น้ำซึม อ.เมือง จ.อุทัยธานี ๖๑๐๐๐

๗ มกราคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอส่งเกณฑ์การสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน มีที่พบ *ขอสงวนเฉพาะอีก 10%*
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุทัยธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ *พร้อมไฟล์*

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือกรมควบคุมโรค คำวันที่ สธ ๐๔๔๕.๔/ว ๑๓๒๔

- ลงวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. แบบสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๓. เหตุการณ์สำคัญและฉุกเฉินที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทันที (DCIRs) จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมควบคุมโรค ได้ส่งเกณฑ์การสอบสวนและแบบสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน และเหตุการณ์สำคัญและฉุกเฉินที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทันที (DCIRs) เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงานในระดับพื้นที่และระดับส่วนกลาง มุ่งเน้นให้การดำเนินงานสอบสวนอุบัติเหตุทางถนนและเหตุการณ์สำคัญฉุกเฉินของแต่ละหน่วยงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถดำเนินงานสอบสวนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล นั้น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี จึงขอส่งเกณฑ์การสอบสวนและแบบสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน และเหตุการณ์สำคัญและฉุกเฉินที่ต้องรายงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทันที (DCIRs) โดยขอให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและโรงพยาบาลร่วมสอบสวนและส่งรายงานให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี ภายในระยะเวลาที่กำหนด ดังนี้

- ๑. ช่วงเทศกาลปีใหม่/สงกรานต์และช่วงวันหยุดติดต่อกันตั้งแต่ ๔ วันขึ้นไป ให้ใช้แนวทางรายงานผลการสอบสวนเบื้องต้นภายใน ๒๔ ชั่วโมง ส่งฉบับสมบูรณ์ภายใน ๓๐ วัน
- ๒. ช่วงปกติ(นอกเหนือจากข้อ ๑) สอบสวนเบื้องต้นภายใน ๗ วันหลังเกิดเหตุ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์ ภายใน ๓๐ วัน
- ๓. กรณีเกิดเหตุการณ์ DCIRs ให้รายงานผู้บริหารของหน่วยงานและรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานีทันที เพื่อรายงานผู้บริหารระดับสูงต่อไปและส่งรายงานการสอบสวนเร็วที่สุด

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี

- เพื่อโปรดทราบ

เพื่อโปรดทราบ... *ขอแสดงความนับถือ*
ขอสงวนเฉพาะอีก 10%
 (นางวงเดือน นิลสว่าง) (DCIRs) *ขอสงวนเฉพาะอีก 10%*

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(นายอดิเทพ เกียรติไกรวินิช)

- ๕ มิ.ย. ๒๕๖๗ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมสาขาอายุรกรรม) รักษาการในตำแหน่ง

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุภาพวิถีชีวิตและยาเสพติด ผู้อำนวยการในตำแหน่ง

โทร. ๐ ๕๖๕๑ ๑๕๖๕ ต่อ ๓๐๒

มือถือ ๐๘ ๕๕๙๘ ๙๑๔๔

นางสาว... *ขอสงวนเฉพาะอีก 10%*

(นายวิเชษฐ ภูพงษ์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ขอสงวนเฉพาะอีก 10%

(นายโยธิน อ่ำพิน)
 สาธารณสุขอำเภอเมืองอุทัยธานี

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
รับเลขที่ 504
วันที่ 03 พ.ค. 2566
เวลา 14.55 น.
ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๔๔๕.๔/๑ ๐๓๒๔



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ส่งพร้อมตัว 1.
รับเลขที่ 4805
= 3 พ.ค. 2566
วันที่
เวลา 13.52

กรมควบคุมโรค
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑ พฤษภาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอส่งเกณฑ์การสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข ฉบับวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๖

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือกรมควบคุมโรค ที่ สธ ๐๔๔๕.๔/ว ๒๑๐๒ ลงวันที่ ๗ กรกฎาคม ๒๕๖๕

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. เกณฑ์การสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน จำนวน ๑ แผ่น
๒. รายละเอียดการปรับแก้ไขเพิ่มเติม จำนวน ๔ แผ่น

ตามหนังสือที่อ้างถึง กรมควบคุมโรค ได้ส่งเกณฑ์การสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ฉบับวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๕ ซึ่งได้มีการพิจารณาปรับเกณฑ์การสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เพื่อให้หน่วยงานทุกระดับมีเกณฑ์ในการดำเนินงานสอบสวนอุบัติเหตุทางถนน จึงได้มีการปรับเกณฑ์ให้เป็นปัจจุบัน เพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทของการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และระดับส่วนกลาง มุ่งเน้นให้การดำเนินงานสอบสวนอุบัติเหตุทางถนนของแต่ละหน่วยงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถดำเนินงานสอบสวนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล นั้น

กรมควบคุมโรค ขอส่งเกณฑ์การสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรทางถนน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ฉบับวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๖ พร้อมแนบรายละเอียดการปรับแก้ไขเพิ่มเติมจากเกณฑ์ฉบับเดิมวันที่ ๒๘ มิถุนายน ๒๕๖๕ ทั้งนี้ สามารถสแกน QR Code ด้านล่างนี้ หรือผ่านลิงก์ <https://shorturl-ddc.moph.go.th/vgFnh> เกณฑ์การสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน ฉบับวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๖ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย และขอความอนุเคราะห์แจ้งหน่วยงานภายในสังกัดของท่าน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป/ชุมชน ให้รับทราบในเรื่องดังกล่าว ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมผู้ประสานงานด้านสอบสวนอุบัติเหตุทางถนนได้ที่ นางสาวณัฐกฤตา พุ่มเพ็ชร ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ โทรศัพท์เคลื่อนที่ ๐๙ ๐๒๕๑ ๔๔๑๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และให้ความอนุเคราะห์แจ้งหน่วยงานในสังกัดต่อไปด้วย
จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอภิชาติ วชิรพันธ์)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมควบคุมโรค

กองป้องกันการบาดเจ็บ

โทร. ๐ ๒๕๙๐ ๓๙๕๒

โทรสาร ๐ ๒๑๙๕ ๕๘๐๒



เกณฑ์การสอบสวนฯ

เกณฑ์การสอบสวนการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (ฉบับวันที่ 27 มีนาคม 2566)

ระยะเวลา รายงาน ผลการ สอบสวน	ส่วนกลาง	เขต	*อำเภอเมือง/จังหวัด/กทม.	*อำเภอ/ต.ส.
<ul style="list-style-type: none"> เบื้องต้น ภายใน 24 ชม. ฉบับ สมบูรณ์ ภายใน 30 วัน 	<ul style="list-style-type: none"> เหตุการณ์ที่มีผู้เสียชีวิต (๑) ตั้งแต่ 10 รายขึ้นไป หรือเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บ admit (๒) รวมกับผู้เสียชีวิต (๑) ตั้งแต่ 15 รายขึ้นไป กรณีอุบัติเหตุของรถพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เฉพาะที่มีเจ้าหน้าที่เสียชีวิต (๑) ขณะปฏิบัติหน้าที่ ตั้งแต่ 1 รายขึ้นไป ประเด็นสนใจของสังคมและผู้บริหาร ได้แก่ รถราชการ/รถรับส่งนักเรียน/รถโดยสารสาธารณะ/นักท่องเที่ยว/อุบัติเหตุเด็กและเยาวชนที่เป็นหมู่คณะ/บุคคลสำคัญ/บุคลากรที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (๓) ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ 	<ul style="list-style-type: none"> เหตุการณ์ที่มีผู้เสียชีวิต (๑) ตั้งแต่ 5 รายขึ้นไป หรือเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บ admit (๒) รวมกับผู้เสียชีวิต (๑) ตั้งแต่ 10 รายขึ้นไป กรณีอุบัติเหตุของรถพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ขณะปฏิบัติหน้าที่ที่มีผู้เสียชีวิต (๑) ตั้งแต่ 1 รายขึ้นไป (รวมถึงคู่กรณี) ประเด็นสนใจของสังคมและผู้บริหาร ได้แก่ รถราชการ/รถรับส่งนักเรียน/รถโดยสารสาธารณะ/นักท่องเที่ยว/อุบัติเหตุเด็กและเยาวชนที่เป็นหมู่คณะ/บุคคลสำคัญ/บุคลากรที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (๓) ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ 	<ul style="list-style-type: none"> เหตุการณ์ที่มีผู้เสียชีวิต (๑) ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป หรือเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บ admit (๒) รวมกับผู้เสียชีวิต (๑) ตั้งแต่ 4 รายขึ้นไป กรณีอุบัติเหตุของรถพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุข/รถตู้พ ขณะปฏิบัติหน้าที่ที่มีผู้บาดเจ็บ admit (๒) หรือผู้เสียชีวิต (๑) ตั้งแต่ 1 รายขึ้นไป (รวมถึงคู่กรณี) ประเด็นสนใจของสังคมและผู้บริหาร ได้แก่ รถราชการ/รถรับส่งนักเรียน/รถโดยสารสาธารณะ/นักท่องเที่ยว/อุบัติเหตุเด็กและเยาวชนที่เป็นหมู่คณะ/บุคคลสำคัญ/บุคลากรที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (๓) ระหว่างปฏิบัติหน้าที่ 	<ul style="list-style-type: none"> เหตุการณ์ที่มีผู้เสียชีวิต (๑) ตั้งแต่ 1 รายขึ้นไป หรือเหตุการณ์ที่มีผู้บาดเจ็บ admit (๒) รวมกับผู้เสียชีวิต (๑) ตั้งแต่ 2 รายขึ้นไป กรณีอุบัติเหตุของรถพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกกระทรวงสาธารณสุข/รถตู้พ ขณะปฏิบัติหน้าที่ที่มีผู้บาดเจ็บ admit (๒) หรือผู้เสียชีวิต (๑) ตั้งแต่ 1 รายขึ้นไป (รวมถึงคู่กรณี) ประเด็นสนใจของสังคมและผู้บริหาร ได้แก่ รถราชการ/รถรับส่งนักเรียน/รถโดยสารสาธารณะ/นักท่องเที่ยว/อุบัติเหตุเด็กและเยาวชนที่เป็นหมู่คณะ/บุคคลสำคัญ/บุคลากรที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (๓) ระหว่างปฏิบัติหน้าที่

หมายเหตุ

- * อำเภอและจังหวัด สามารถพิจารณาปรับเกณฑ์ให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่
- (๑) ผู้เสียชีวิต หมายถึง เสียชีวิต ณ จุดเกิดเหตุ หรือขณะนำส่ง หรือที่ห้องฉุกเฉิน
- (๒) admit ับ admit ER, Observe ER, admit ward ไม่ใช่ OPD
- (๓) บุคลากรที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง เจ้าหน้าที่ทุกคน รวมถึงช่างชั่วคราว ลูกจ้างเหมา ที่ได้รับการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในระหว่างปฏิบัติหน้าที่

แบบสอบถามการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน (ฉบับปรับปรุง 27 มิถุนายน 2563)

ส่วนที่ 1 สถานการณ์

วันที่เกิดอุบัติเหตุ...../...../..... เวลาเกิดเหตุ.....
พิกัด GIS (lat/long) N..... E.....
สถานที่เกิดเหตุ.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
จำนวนผู้ประสบเหตุทั้งหมด.....คน
จำนวนผู้บาดเจ็บทั้งหมด.....คน
จำนวนผู้บาดเจ็บไม่มา รพ./ผู้ไม่บาดเจ็บ.....คน ผู้บาดเจ็บเล็กน้อย (OPD).....คน admitคน
Refer.....คน สถานพยาบาลที่ส่งต่อ.....
จำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด.....ราย
จำนวนผู้เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ.....ราย จำนวนผู้เสียชีวิตขณะนำส่ง.....ราย จำนวนผู้เสียชีวิตห้องฉุกเฉิน.....ราย
จำนวนผู้เสียชีวิตติดผู้ป่วยใน.....ราย จำนวนผู้เสียชีวิตขณะส่งต่อ.....ราย
จำนวนยานพาหนะที่เกิดเหตุทั้งหมดคัน (1) มีคู่มือ (2) ไม่มีคู่มือ (3) เฉี่ยวชนคนเดินเท้า

อธิบายลักษณะการเกิดเหตุการณ์ (ภาพรวมโดยย่อ)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

การช่วยเหลือหลังเกิดเหตุ

วัน/เวลาที่รับแจ้ง.....เวลาเข้าถึงจุดเกิดเหตุครั้งแรก น.
ผู้บัญชาการเหตุการณ์.....ตำแหน่ง.....
ทีมที่เข้าปฏิบัติงานประกอบด้วย ระดับ.....จำนวน.....ทีม
ระดับ.....จำนวน.....ทีม

อุปสรรคในการช่วยเหลือ () ต้องใช้เครื่องตัดถ่าง () ขาดอุปกรณ์ดับเพลิง () การช่วยเหลือขึ้นจากน้ำ
การปฐมพยาบาล A: () นำสิ่งแปลกปลอมออกจากทางเดินหายใจ () ใส่หน้ากากป้องกัน
B: () ให้ออกซิเจน () ใส่ท่อช่วยหายใจ
C: () CPR () ให้น้ำเกลือ
D: () ตามกระดุก ตำแหน่ง.....
E: () การห้ามเลือด ตำแหน่ง.....

Event ID _____ วันที่สอบสวนคู่มือฝ่ายที่ 1 2 3

ส่วนที่ 2 ข้อมูลยานพาหนะที่เกิดอุบัติเหตุ (กรณีมีคู่มือ และ ไม่มีคู่มือ) สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ยี่ห้อรถ.....รุ่น.....ทะเบียนรถ.....

ขนาดเครื่องยนต์ (CC) วันที่ตรวจสภาพรถครั้งสุดท้าย...../...../.....

อายุยานพาหนะ (ปี) (*ถ้าเกินเดือน 6 เดือนปัดขึ้น).....

ประเภทการใช้งาน (1) รถส่วนบุคคล/เอกชน (2) รับจ้าง/สาธารณะ (3) รถยนต์ราชการ (4) รถรับส่งนักเรียน

ประเภทยานพาหนะ (1) จักรยาน (2) จักรยานยนต์ (3) รถเก๋ง (4) ปิคอัพ (5) รถตู้ (ประจำทาง/ไม่ประจำทาง)

(6) รถบรรทุก/พ่วง 6 ล้อขึ้นไป (7) รถโดยสาร (ประจำทาง/ไม่ประจำทาง) (8) สามล้อเครื่อง (9) รถพยาบาล

(10) อื่นๆ ระบุ.....

การดัดแปลงยานพาหนะ (1) ไม่มี (2) มี ระบุ.....

การติดตั้ง GPS (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ

กรณีรถพยาบาล การใช้สัญญาณเสียง (1) มี และเปิด (2) มี แต่ไม่เปิด (3) ไม่มี (4) ไม่ทราบ

การใช้สัญญาณไฟ (1) มี และเปิด (2) มี แต่ไม่เปิด (3) ไม่มี (4) ไม่ทราบ

การติดตั้งกล้องหน้ารถ (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ การทำประกันภัยภาคบังคับ (1) มี (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ

การทำประกันภัย (1) มี ประกันภัยชั้นที่..... (2) ไม่มี (3) ไม่ทราบ

รถมีการระเบิดหรือไฟลุกหลังเกิดเหตุหรือไม่ (1) ไม่มี (2) มี (3) ไม่ทราบ

รถติดแก๊สหรือไม่ (1) ไม่ติด (2) LPG (3) NGV (4) ไม่ทราบ

ถุงลมนิรภัยบริเวณคนขับ (1) ไม่มี (2) มีและทำงานเมื่อเกิดเหตุ (3) มีแต่ไม่ทำงานเมื่อเกิดเหตุ (4) ไม่ทราบ

ถุงลมนิรภัยผู้โดยสารด้านหน้า คนขับ (1) ไม่มี (2) มีและทำงานเมื่อเกิดเหตุ (3) มีแต่ไม่ทำงานเมื่อเกิดเหตุ (4) ไม่ทราบ

ความพร้อมใช้งานเข็มขัดนิรภัย (1) พร้อมทุกที่นั่ง (2) ไม่พร้อมบางที่นั่ง (3) ไม่พร้อมทุกที่นั่ง (4) ไม่ทราบ

สภาพยางรถ (1) ปกติ (2) ล้อและยางชำรุด (3) ยางหมดอายุ (4) ยางลมอ่อน (5) อื่นๆ ระบุ..... (6) ไม่ทราบ

ระบบเบรก (1) ปกติ (2) เบรกไม่อยู่ (3) ผ้าเบรกหมด (4) น้ำมันเบรกรั่ว (5) อื่นๆ ระบุ..... (6) ไม่ทราบ

ภาพจำลองสถานการณ์การเสียชีวิต (วาดรูป+ ถ่ายรูป: พาหนะ, ตำแหน่งที่ชน,ตำแหน่งที่ตาย,สภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิด)

N

↑

ส่วนที่ 3 ข้อมูลถนน และ สิ่งแวดล้อม

ชื่อถนน ถนนหมายเลขหน่วยงานที่ดูแล.....
ประเภทถนน (1) ทางหลวง (2) ทางหลวงชนบท (3) ในเมือง (เทศบาล) (4) ใน อบต./หมู่บ้าน (5) อื่นๆ ระบุ
ชนิดถนน (1) คอนกรีต (2) ยางมะตอย (3) ลูกกรง/หินคลุก (4) อื่นๆระบุ

จำนวนเลนทั้งหมด(รวมไป-กลับ).....ช่องจราจร การแบ่งช่องจราจร (1) มี ระบุ.....(2) ไม่มี
ลักษณะทางบริเวณจุดเกิดเหตุ (1) ทางตรง (2) ทางโค้ง (3) ทางแยก (4) ทางคนข้าม (ทางม้าลาย) (5) ทางร่วม (6) จุดกลับรถ
(7) ทางบนสะพาน (8) ทางเอียง/ลาดชันขึ้น (9) ทางเอียง/ลาดชันลง (10) ชนกันบนไหล่เขา (11) อื่นๆ.....
สัญญาณจราจร (1) มีสัญญาณไฟเขียว-ไฟแดง (2) ไฟกะพริบ (3) ไม่มี (4) อื่นๆ.....
ทิศทางการเดินรถบนถนน (1) ทางเดียว one way (2) สองทาง (3) มีการปิดช่องทางจราจร
เครื่องหมายจราจรบนผิวทาง (1) ไม่มี (2) ชัดเจนอยู่ในสภาพดี (3) เลื่อนราง/ชำรุด (4) อื่นๆ.....
ผิวจราจรขณะเกิดอุบัติเหตุ (1) แห้งปกติ (2) เปียก/ลื่น (3) เป็นโคลน/หลุมบ่อ (4) อื่นๆ.....
ทัศนวิสัย/สภาพอากาศ บริเวณที่เกิดเหตุ (1) มีแสงสว่างเพียงพอ (2) มีด (3) ฝนตก (4) อื่นๆ.....
วัสดุที่ส่งเสริมให้เกิดการบาดเจ็บข้างทาง (1) ร้านค้า/แผงลอยข้างทาง (2) คู/คลอง/แม่น้ำที่ลึกและชัน
(3) วัสดุ สิ่งของหล่น (4) อื่นๆ

วัสดุ/สิ่งๆที่ช่วยทำให้การบาดเจ็บลดลง (1) Guard rail (2) แบรีเออร์ (3) วัสดุรับแรงกระแทก (4) ร้านค้า/แผงลอย (5) อื่นๆ.....

ปัจจัยเสี่ยงด้าน รถ และ สิ่งแวดล้อม ที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Event ID _____ วันที่สอบสวน คู่มือฝ่ายที่ 1 2 3

ผลวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงของเหตุการณ์โดยใช้ Haddon matrix

ระยะเกิดเหตุ	คน (ผู้ขับขี่)	พาหนะ	ถนนและสิ่งแวดล้อม	สภาพที่สังคมและระบบที่เกี่ยวข้อง
ก่อนเกิดเหตุ				
ขณะเกิดเหตุ				
หลังเกิดเหตุ				

สรุปปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดเหตุครั้งนี้

.....

.....

.....

.....

.....

สิ่งที่ได้ดำเนินการไปแล้ว

.....

.....

.....

.....

.....

Event ID _____ วันที่สอบสวน คู่กรณีฝ่ายที่ 1 2 3

ข้อเสนอแนะแนวทางการป้องกันและแก้ไข

ปัญหา.....
.....
.....
.....
.....

ตำรวจเจ้าของคดี..... เบอร์โทร.....

ผู้ให้ข้อมูล..... เบอร์โทร.....

ผู้สัมภาษณ์..... เบอร์โทร.....

แบบสอบถามการบาดเจ็บหรือเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนรายบุคคล (ฉบับปรับปรุง 27 มิถุนายน 2563)

ส่วนที่ 1 ผู้ขับขี่ (สัมภาษณ์จากผู้ขับขี่ หรือผู้ใกล้ชิดในกรณีผู้ขับขี่เสียชีวิต) ทะเบียนรถ.....

ชื่อ..... อายุ.....ปี เพศ (1) ชาย (2) หญิง สัญชาติ (1) ไทย (2) อื่นๆ ระบุ.....

อาชีพ (1) ข้าราชการ ระบุ..... (2) เกษตรกร (3) พนักงานบริษัท (4) ค้าขาย (5) รับจ้าง (6) นักเรียน/นักศึกษา (7) อื่น ๆ.....

เบอร์โทรศัพท์..... ที่อยู่.....

โรคประจำตัว (1) ไม่มี (2) เบาหวาน (3) ความดันโลหิตสูง (4) หลอดเลือด/หัวใจ (5) สมชัก (6) หูตึง (7) อื่นๆ ระบุ.....

ความคุ้นเคยกับเส้นทาง (1) คนในพื้นที่ (ในตำบล/แขวง) (2) คนนอกพื้นที่ (ในจังหวัด) (3) คนนอกเขตจังหวัด ระบุ.....

(4) ต่างชาติอยู่ในพื้นที่มานาน.....ปี.....เดือน (5) ไม่ทราบ

ประสบการณ์การขับขี่(เฉพาะผู้ขับขี่).....(ปีเต็ม) ชั่วโมงการขับรถ.....ชม. ใบอนุญาตขับขี่.....(มี/ไม่มี)

จุดประสงค์การเดินทางเพื่อ.....

สถานะผู้ขับขี่ (1) เสียชีวิต (2) บาดเจ็บรุนแรง (admit) (3) บาดเจ็บเล็กน้อย (OPD) (4) ไม่บาดเจ็บ (5) ไม่ทราบ

การนำส่งโรงพยาบาลโดย (1) ผู้ประสบเหตุ (2) ตำรวจ (3) FR (4) BLS (5) ALS (6) ญาติ/ผู้เห็นเหตุการณ์ (7) อื่นๆ

โรงพยาบาลที่รับไว้รักษา.....

สถานที่เสียชีวิต (ในกรณีเสียชีวิต) (1) ณ จุดเกิดเหตุ (2) ระหว่างนำส่งโรงพยาบาล (3) โรงพยาบาล (4) อื่นๆ ระบุ.....

จุดที่ทำให้เสียชีวิต ณ ที่เกิดเหตุ (1) จุดเดียวกับที่ชน (2) จุดอื่น เช่นไปกระแทกกับ.....ห่างจุดที่ชน.....เมตร

เข็มขัดนิรภัย (1) ใช้ (2) ไม่ใช้ (3) ไม่ทราบ

หมวกนิรภัย (1) สวม และคาดสายรัดคาง (2) สวม แต่ไม่คาดสายรัดคาง (3) ไม่สวม (4) ไม่ทราบ

*กรณีสวมหมวกนิรภัย ชนิดของหมวกนิรภัย (1) ครึ่งใบ (2) เต็มใบ

ความเร็วขณะเกิดเหตุ (1) ชับเร็ว (2) ไม่เร็ว (3) ไม่ทราบ *ดุลยพินิจของผู้สอบสวน

ความเร็วเฉลี่ยตลอดการเดินทาง.....กม./ชม.

ปัจจัยด้านพฤติกรรมขับขี่ที่อาจเพิ่มความรุนแรงในการบาดเจ็บ

ปัจจัยที่อาจเพิ่ม/ลดความรุนแรง	ใช่/ใช่	ไม่ใช่/ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				ระบุปริมาณแอลกอฮอล์.....
โรคประจำตัว				ระบุ.....
ขับรถย้อนศร				
ตัดหน้ากระชั้นชิด				
บรรทุกเกินกฎหมายกำหนด				ระบุ.....
แข่งรถผิดกฎหมาย (ที่คับแคบ,ที่ห้ามแข่ง)				ระบุ.....
ชนกับสิ่งกีดขวางข้างทาง (ต้นไม้ เสาไฟ....)				
หลุดออกจากตัวรถ				

Event ID _____ วันที่สอบสวนคู่มือฝ่ายที่ 1 2 3

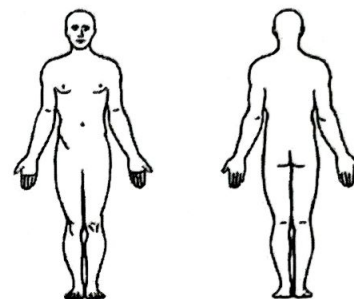
ปัจจัยที่อาจเพิ่ม/ลดความรุนแรง	ใช่/ใช่	ไม่ใช่/ไม่ใช่	ไม่ทราบ	หมายเหตุ
ใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่				
อุปกรณ์ภายในรถไม่ปลอดภัย เช่น ไม่มี car seat				ระบุ.....
ง่วงนอน/หลับในขณะที่เกิดเหตุ				
มีสิ่งกีดขวางบนถนน				
สภาพแสงมืด/สภาพทัศนวิสัยต่อจิตประสาท				
การรับประทานยา				ระบุชื่อยา..... ระยะเวลาตั้งแต่ทานยาถึงเกิดเหตุ.....
ไม่ปฏิบัติตามกฎจราจร อื่นๆ.....				

ตำแหน่งของบาดแผลที่สำคัญ

ผลการชันสูตรจากแพทย์/ใบชันสูตรพลิกศพ

Doctor Diagnosis.....

.....
.....



บรรยายเหตุการณ์ และรายละเอียดอื่นๆ (เช่น ปัจจัยที่ทำให้คนโดยสารอื่นๆรอดชีวิต)

.....
.....
.....
.....