



การจัดการความรู้
Knowledge Management : KM

เรื่อง
การตรวจสอบอุปกรณ์ในโรงงาน เพื่อความปลอดภัยภายในการทำงาน



จัดทำโดย
คณะกรรมการจัดการความรู้กรมโรงงาน ฐานทัพเรือสัตหีบ

การจัดการความรู้ของ กรง.ฐท.สส.

แบบรายงาน วิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ

ชื่อผลงานวิธีหรือแนวทางปฏิบัติงานที่เป็นเลิศ (Best Practice)

การตรวจสอบอุปกรณ์ในโรงงาน เพื่อความปลอดภัยภายในการทำงาน

1. ความสำคัญของผลงานหรือนวัตกรรมที่นำเสนอ

กรมโรงงาน ฐานทัพเรือสัตหีบ เป็นหน่วยที่มีหน้าที่ดำเนินการซ่อม สร้าง เรือ เครื่องทุ่นแรง และอุปกรณ์ การช่างทุกประเภทของหน่วยที่ฐานทัพเรือสัตหีบให้การสนับสนุน ซึ่งการปฏิบัติงานดังกล่าวนี้ มีความเกี่ยวข้องกับเครื่องจักรกลหนัก เครื่องมือและเครื่องทุ่นแรง การปฏิบัติงานในที่สูง งานที่ใช้ความร้อน แก๊สไวไฟ ไฟฟ้า ตลอดจนการเข้าปฏิบัติงานในพื้นที่อับอากาศเนื่องจากการเชื่อมประสาน แต่ปัจจุบันกำลังพลยังขาดความรู้ พื้นฐานด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานจากสภาวะการณดังกล่าว กรมโรงงาน ฐานทัพเรือสัตหีบ จึงมี แนวความคิดที่จะพัฒนาความรู้ให้กำลังพลในเรื่องมาตรฐานความปลอดภัย เป็นไปตามดำริ เจ้ากรมโรงงาน ฐานทัพเรือสัตหีบ สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ของหน่วย ซึ่งจะส่งผลดีต่อการลดอุบัติเหตุการในภาพรวม ของ กรมโรงงาน ฐานทัพเรือสัตหีบ ต่อไป

2. จุดประสงค์และเป้าหมายของการดำเนินการ

- 2.1 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยของ กรง.ฐท.สส.
- 2.2 เพื่อสร้างความเข้าใจในการปฏิบัติงานให้แก่บุคลากรด้านความปลอดภัย
- 2.3 เพื่อให้การดำเนินการด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2.4 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญในงานนั้น ๆ ได้ถ่ายทอด และแลกเปลี่ยนความรู้ในการปฏิบัติงาน
- 2.5 เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน

เป้าหมาย

ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ

ช่วยลดสถิติการเกิดอุบัติเหตุในการปฏิบัติงาน

ช่วยลดความสูญเสีย ช่วยเพิ่มผลผลิตและประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

รักษาทรัพยากรบุคคล

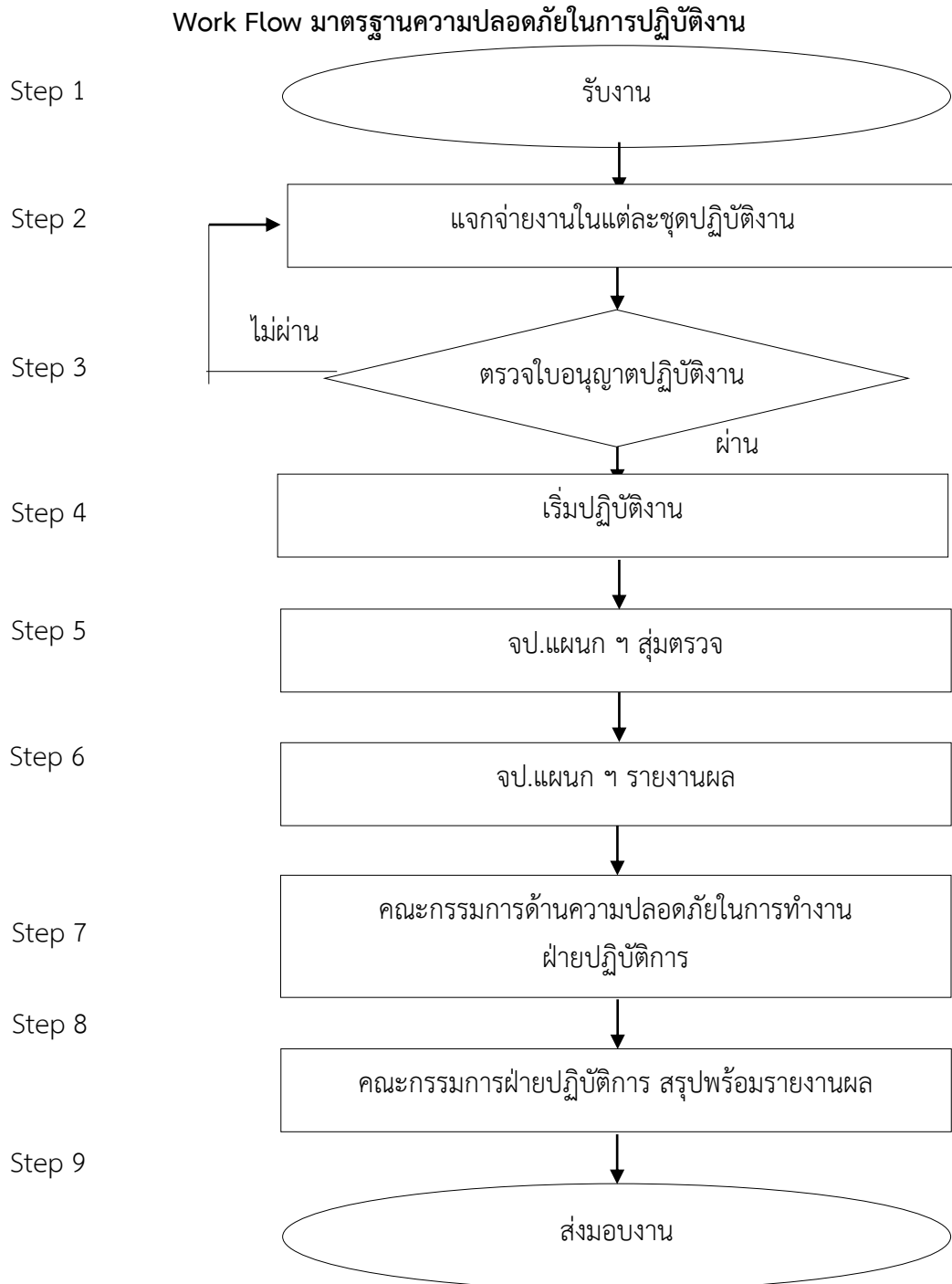
ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ

อัตราความถี่การบาดเจ็บ และอัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บไม่สูงไปกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐาน

คงขีดความสามารถในการปฏิบัติงานได้มีคุณภาพไม่ด้อยกว่าเดิม

3. กระบวนการผลิตผลงาน (Work Flow) หรือขั้นตอนการดำเนินงาน (PDCA)

กระบวนการผลิตผลงาน (Work Flow) มาตรฐานความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของหมวดป้องกันอันตราย แผนกกำลังพล กองบังคับการ กรมโรงงาน ฐานทัพเรือสัตหีบ แบ่งออกได้เป็น 9 ขั้นตอน คือ



ขั้นที่ 1 ใช้งาน

- หัวหน้าชุดปฏิบัติงาน หรือเสมียน ฯ รับใบสั่งงานจากกองแผนการช่าง ฯ จากระบบ Glin System ตรวจสอบแผนงานที่รับผิดชอบ บันทึกหมายเลขใบสั่งงาน ชื่องาน ชื่อเรือ และผู้เขียนใบสั่งงาน

ชนิดของรายการ		ชื่อของงาน	ปริมาณ	หน่วย	วันที่เริ่ม	วันที่เสร็จ
1	XC11 A	ส่งนิคมการเลี้ยงปลาแบบขัง 120 คัน ตรวจสอบของชำรุดต่าง ๆ เช่น - ฟิล์มของมอเตอร์ไฟฟ้าที่ชำรุดชำรุดไฟใน อื่นๆ	18	0	20 พ.ค. 61	21 พ.ค. 61
2	XC10 A	ควบคุมงานในกรณีการปรับความถี่ของมอเตอร์	0	0	21 พ.ค. 61	21 พ.ค. 61
3	XC10 B	ควบคุมงานในกรณีการปรับความถี่ของมอเตอร์	0	0	21 พ.ค. 61	21 พ.ค. 61
ปริมาณรวม			32	0	20 พ.ค. 61	21 พ.ค. 61
รวมค่าแรง รวมค่าวัสดุ						

ชนิดของรายการ		ชื่อของงาน	ปริมาณ	หน่วย	วันที่เริ่ม	วันที่เสร็จ
1	XC11 A	ส่งนิคมการเลี้ยงปลาแบบขัง 120 คัน ตรวจสอบของชำรุดต่าง ๆ เช่น - ฟิล์มของมอเตอร์ไฟฟ้าที่ชำรุดชำรุดไฟใน อื่นๆ	18	0	20 พ.ค. 61	21 พ.ค. 61
2	XC10 A	ควบคุมงานในกรณีการปรับความถี่ของมอเตอร์	0	0	21 พ.ค. 61	21 พ.ค. 61
3	XC10 B	ควบคุมงานในกรณีการปรับความถี่ของมอเตอร์	0	0	21 พ.ค. 61	21 พ.ค. 61
4	XC10 B	ควบคุมงานในกรณีการปรับความถี่ของมอเตอร์	0	0	21 พ.ค. 61	21 พ.ค. 61
ปริมาณรวม			24	0	20 พ.ค. 61	21 พ.ค. 61
รวมค่าแรง รวมค่าวัสดุ						

- แจกจ่ายใบสั่งงานให้กับโรงงานแม่งานที่เกี่ยวข้องรับผิดชอบ
- โรงงานจัดชุดช่างเตรียมดำเนินการ และกำหนดซ่อมทำเรือตามระยะเวลา

ขั้นที่ 2 แจกจ่ายงานในแต่ละชุดปฏิบัติงาน

หัวหน้าชุดปฏิบัติงานมอบหมายงานให้กับผู้ควบคุมงาน



ขั้นที่ 3 ตรวจสอบอนุญาตปฏิบัติงาน

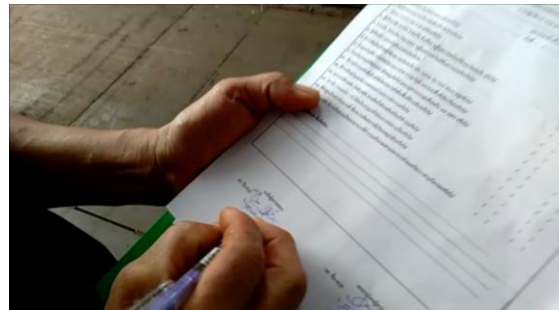
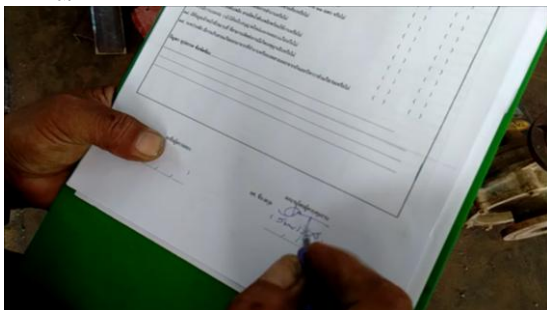
- ผู้ควบคุมงานตรวจสอบสภาพการปฏิบัติงาน เครื่องจักร เครื่องมือและอุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัย ก่อนเริ่มปฏิบัติงาน



- บันทึกรายการในแบบฟอร์มตรวจสอบความปลอดภัย 1-8 (ที่แนบ) โดยพิจารณาเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับงานที่ได้รับมอบหมาย (บางงานอาจมีการบันทึกแบบฟอร์ม ๆ มากกว่า 1 แบบฟอร์ม)

The image shows two safety-related forms. The left form is a 'Safety Check Sheet' with a table for 'Yes/No' responses. The right form is a 'รายการประเมินความเสี่ยง' (Risk Assessment) table with columns for 'การประเมินโดยช่าง' and 'ผลการประเมินโดยช่างผู้ปฏิบัติงาน'.

- บันทึกรายการให้ครบถ้วนพร้อมลงลายมือชื่อของผู้ควบคุมงานและผู้ตรวจสอบทุกครั้ง ตลอดจนจะมีเจ้าหน้าที่ที่ทำหน้าที่ตรวจสอบความปลอดภัยในการทำงานคอยสุ่มตรวจการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามคู่มือในการปฏิบัติงานหรือไม่



ขั้นที่ 4 เริ่มปฏิบัติงาน

ดำเนินการปฏิบัติงาน โดยมีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายให้พร้อมก่อนปฏิบัติงานเสมอ



ขั้นที่ 5 จป.แผนก ฯ สุ่มตรวจ

เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยของแผนก ฯ สุ่มตรวจความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์ป้องกันอันตราย การลงบันทึกรายการในแบบฟอร์มต่าง ๆ ให้คำแนะนำการปฏิบัติงานให้เป็นไปตามระเบียบ ข้อบังคับและคู่มือ การปฏิบัติงาน



ขั้นที่ 6 จป.แผนก ฯ รายงานผล

- จป.แผนก ฯ รวบรวม สรุป พร้อมรายงานผลการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยให้คณะกรรมการ ฝ่ายปฏิบัติการและ หน.แผนก ฯ ทราบ

สรุปความปลอดภัยในการทำงานประจำเดือน ม.ค.๖๘
แผนกโรงงานเครื่องกลฯ

หัวข้อ	จำนวนงาน
มีการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง	0
มีงานที่มีความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้	0
มีงานที่มีความเสี่ยงเกินเกณฑ์	0

แผนกโรงงานเรือเหล็กฯ

หัวข้อ	จำนวนงาน
มีการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง	๕
มีงานที่มีความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้	๕
มีงานที่มีความเสี่ยงเกินเกณฑ์	0

แผนกโรงงานไฟฟ้าฯ

หัวข้อ	จำนวนงาน
มีการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง	0
มีงานที่มีความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้	0
มีงานที่มีความเสี่ยงเกินเกณฑ์	0

แผนกโรงงานเรือโนมาฯ

หัวข้อ	จำนวนงาน
มีการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง	๒
มีงานที่มีความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้	๒
มีงานที่มีความเสี่ยงเกินเกณฑ์	0

ตรวจถูกต้อง
น.อ. *(Signature)*
(สมพร เขียวเขียว)
ผ.กจน.กรง.ฐท.สส.
ก.พ.๖๘

แผนกโรงงานเครื่องกล ฯ ขอรายงานสรุปความปลอดภัยในการทำงานประจำเดือน ม.ค.๖๘ ดังนี้

- มีการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยง จำนวน - งาน
- มีการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จำนวน - งาน
- มีการปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงเกินเกณฑ์ จำนวน - งาน

(เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยแผนก ฯ ดำเนินการ)
ผลการตรวจความปลอดภัย
หน่วย แผนกโรงงานเครื่องกล ฯ

ข้อ	รายการตรวจ	VF	รวม (ร้อยละ)	หมายเหตุ
๑.	สถานที่ปฏิบัติงาน	๓๐.๐๐	๒๓.๐๑	
๒.	ผู้ปฏิบัติงาน	๘๘.๘๘	๓๔.๖๘	
๓.	เครื่องมือ/อุปกรณ์	๓๓.๓๓	๒๕.๘๐	
สรุปผลรวม		๑๐๐	๘๓.๕๐	

ว่าที่ น.อ. *(Signature)*
หน.โรงงานเครื่องกล ฯ
ก.พ.๖๘

ผลการตรวจความปลอดภัย
หน่วย แผนกโรงงานเรือเหล็ก ฯ กจน.กรง.ฐท.สส.

ข้อ	รายการตรวจ	ผลการตรวจ	VF	รวม (ร้อยละ)	หมายเหตุ
๑.	สถานที่ปฏิบัติงาน	95.8	30	28.74	
๒.	ผู้ปฏิบัติงาน	91.8	30	27.54	
๓.	เครื่องมือ/อุปกรณ์	90.4	40	36.16	
รวม		278	100	92.44	

ผลการตรวจ = $\frac{(E \times VF)}{100}$

ลงชื่อผู้ตรวจ
น.อ. *(Signature)*
๒๗/๑๑/๖๕

ผลการตรวจปลอดภัย
หน่วย แผนกโรงงานไฟฟ้า กจน.กรง.ฐท.สส.

ที่	รายการ	ผลการตรวจ (ร้อยละ)	VF	รวม (ร้อยละ)	หมายเหตุ
๑	สถานที่ปฏิบัติงาน	๕๖.๖๗	๒๐	๑๕.๑๓	
๒	ผู้ปฏิบัติงาน	๕๒.๖๗	๔๐	๑๗.๐๗	
๓	เครื่องมือ / อุปกรณ์	๕๕.๑๓	๔๐	๑๘.๑๓	
รวม				๕๐.๓๓	

น.อ. *(Signature)*
หน.ช่าง มว.ประจุไฟฟ้า

- กรณีเกิดอุบัติเหตุ จป.แผนก ฯ วิเคราะห์งาน เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรืออันตรายที่อาจเกิดขึ้น ในการปฏิบัติงาน รวมทั้งแนวทางป้องกัน รวบรวมส่งพร้อมกับรายงานผลประจำเดือน (แบบฟอร์มสอบสวน อุบัติเหตุ 9) ที่แนบ

The image shows two versions of the Thai Accident Investigation Report form (แบบฟอร์มสอบสวน อุบัติเหตุ 9). The left version is the standard form, and the right version is a more detailed version with additional sections for unsafe acts and unsafe conditions.

- กรณีเกิดอุบัติเหตุ จป.แผนก ฯ ตรวจสอบหาสาเหตุพร้อมรายงานผลให้คณะกรรมการฝ่ายปฏิบัติการ ทราบในโอกาสแรก (แบบฟอร์มสอบสวนอุบัติเหตุ 9)

The image shows two versions of the Thai Accident Investigation Report form (แบบฟอร์มสอบสวน อุบัติเหตุ 9). The left version is the standard form, and the right version is a more detailed version with additional sections for unsafe acts and unsafe conditions.

ชั้นที่ 7 คณะกรรมการด้านความปลอดภัยในการทำงาน ฝ่ายปฏิบัติการ สุ่มตรวจ ประเมิน การปฏิบัติงานของ
แผนกต่าง ๆ จัดการแข่งขันทุก 6 เดือน ให้รางวัลแก่แผนกที่ปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน



ขั้นที่ 8 คณะกรรมการฝ่ายปฏิบัติการ สรุปพร้อมรายงานผล

- รวบรวมสถิติ วิเคราะห์ข้อมูล ข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายเสนอคณะกรรมการฝ่ายปฏิบัติการและคณะกรรมการฝ่ายบริหารทราบ

คณะกรรมการฝ่ายปฏิบัติการ
เลขที่ ๕๐๓/๒๕๖๔
วันที่ ๕ ก.พ. ๖๕
เวลา ๖.๓๐ น.

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมการด้านความปลอดภัยในการทำงานฝ่ายปฏิบัติการของ กก.รท.ส. (โทร.๕๐๕๗๕๕)
ที่ ๖๔ /๖๔ วันที่ ๕ ก.พ.๖๕

เรื่อง สรุปผลการตรวจสอบความปลอดภัยในการทำงานของ กก.รท.ส. ประจำปีเดือน ม.ค.๖๕

เรียน ประธานคณะกรรมการด้านความปลอดภัยในการทำงานฝ่ายบริหารของ กก.รท.ส.

๑. คณะกรรมการด้านความปลอดภัยในการทำงานฝ่ายปฏิบัติการ ให้คณะกรรมการแต่ละแผนก รายงานผลการตรวจสอบความปลอดภัย และบันทึกข้อมูลในตารางการตรวจสอบความปลอดภัยฯ ให้ประธานคณะกรรมการด้านความปลอดภัยในการทำงานฝ่ายปฏิบัติการของ กก.รท.ส. ของ ผอ.กมลกร.รท.ส.(๒) เพื่อสรุปรายงานเสนอให้ กก.รท.ส. ทราบดังนี้

๒. คณะกรรมการฯ ขอเรียนเพื่อทราบและมีข้อพิจารณา ดังนี้

๒.๑ การดำเนินการตามข้อ ๑ คณะกรรมการของแต่ละแผนกประกอบด้วย แผนกโรงงานเครื่องกลฯ แผนกโรงงานเรือเหล็กฯ แผนกโรงงานไฟฟ้า และแผนกโรงงานเรือไม้และบริวารฯ ได้ดำเนินการตรวจสอบความปลอดภัยในการทำงานของ กก.รท.ส. ประจำปีเดือน ม.ค.๖๕ เรียบร้อยแล้ว รายละเอียดตามแนบ สรุปได้ดังนี้

๒.๑.๑ ผลการตรวจสอบความปลอดภัยในการทำงาน

๒.๑.๑.๑	มีงานที่มีความเสี่ยง	จำนวน ๗ งาน
๒.๑.๑.๒	มีงานที่มีความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้	จำนวน ๗ งาน
๒.๑.๑.๓	มีงานที่มีความเสี่ยงเกินเกณฑ์	จำนวน ๐ งาน

๒.๑.๒ ผลการบันทึกข้อมูลตารางการตรวจสอบความปลอดภัยในการทำงาน ๓ ด้าน ประกอบด้วย สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือและอุปกรณ์

๒.๑.๒.๑	แผนกโรงงานเครื่องกลฯ	ร้อยละ ๘๓.๑๐
๒.๑.๒.๒	แผนกโรงงานเรือเหล็กฯ	ร้อยละ ๘๒.๔๔
๒.๑.๒.๓	แผนกโรงงานไฟฟ้า	ร้อยละ ๘๔.๕๓
๒.๑.๒.๔	แผนกโรงงานเรือไม้และบริวารฯ	ร้อยละ ๘๔.๐๐

๒.๒ งานที่มีความเสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้เกิดจากสาเหตุสรุปได้ดังนี้

๒.๒.๑ สารไวไฟ/ติดไฟ

๒.๒.๒ อันตรายจากงานที่ก่อให้เกิดความร้อนและประกายไฟ

๒.๒.๓ อันตรายจากงานบนที่สูง

๒.๓ การปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงตามข้อ ๒.๒ ให้ผู้บังคับบัญชาที่มาตรวจการในการป้องกันและปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยในการทำงาน ดังนี้

๒.๓.๑ การปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับสารไวไฟ/ติดไฟ ติดตั้งป้ายเตือน ข้อห้าม และวิธีการใช้ให้เห็นเด่นชัดตรวจสอบความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือ อุปกรณ์ให้อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยก่อนเริ่มปฏิบัติงาน

๒.๓.๒ อันตรายจากงานที่ก่อให้เกิดความร้อนและประกายไฟ การเชื่อม การตัดโลหะ ควรจัดบริเวณแยกออกจากงานอื่น มีฉากกั้นเพื่อไม่ให้สะเก็ดไฟได้สะเก็ด ไม่มีสิ่งที่เป็นเชื้อเพลิงอยู่ในบริเวณพื้นที่ปฏิบัติงาน ห้ามปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับความร้อนตามลำพัง จัดให้มีผู้เฝ้าระวังไฟ และควรมีอุปกรณ์สำหรับดับเพลิงติดตั้งไว้ด้วย

๒.๓.๓ อันตรายจากงานบนที่สูงให้ตรวจสอบความมั่นคง แข็งแรง ของนั่งร้าน ติดตั้งราวกันตก มีการติดตั้งสายรัดข้อมือที่หัวงานตลอดการทำงาน และผู้ปฏิบัติงานต้องสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายตามมาตรฐานฯ โดยเฉพาะเข็มขัดนิรภัยและปฏิบัติงาน

๒.๔ เพื่อให้การปฏิบัติงาน...

- ๒ -

๒.๔ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามมาตรฐานความปลอดภัยฯ ให้ผู้บังคับบัญชาในแต่ละแผนก ควบคุม กำกับ ดูแล หรือให้คำแนะนำหน่วยงานการปฏิบัติงาน และการใช้อุปกรณ์ฯ ที่ถูกต้องตามมาตรฐานความปลอดภัยฯ รวมถึงการจัดทำ ๕ ส. อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เพื่อให้สถานที่ปฏิบัติงานมีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัย หากมีอุปกรณ์เครื่องมือใดชำรุด เสื่อมสภาพหรือไม่เหมาะสมกับการปฏิบัติงานให้แต่ละแผนกพิจารณาเสนอความต้องการให้ กก.รท.ส. ทราบเพื่อดำเนินการต่อไป

๓. เห็นควร

๓.๑ ให้โปรดทราบและอนุมัติให้ดำเนินการตามข้อ ๒

๓.๒ ให้ แผนกธุรการฯ ดำเนินการบันทึกให้ นช.ต.ก.รท.ส. และ นช.ด.ก.รท.ส. ทราบเพื่อดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ต้นเรื่องคืนคณะกรรมการด้านความปลอดภัยในการทำงานฝ่ายปฏิบัติการ (แผนกกำลังพลฯ)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และอนุมัติตามข้อ ๓

น.อ. **วิ. วัฒน**
รอง ผอ.กมล.รท.รท.ส.
ช่วยปฏิบัติการ ฝชช.รท.รท.ส.
ประธานคณะกรรมการด้านความปลอดภัยในการทำงาน
ฝ่ายปฏิบัติการของ กก.รท.รท.ส.

น.อ. **พ.ศ. ๖๕**
รอง จก.รท.รท.ส. (๒)
รองประธานคณะกรรมการด้านความปลอดภัยในการทำงาน
ฝ่ายบริหารของ กก.รท.รท.ส.
๕ ก.พ.๖๕

เสนอ

เพื่อโปรดทราบและเห็นควรอนุมัติตามที่ประธานคณะกรรมการด้านความปลอดภัยในการทำงานฝ่ายปฏิบัติการของ กก.รท.รท.ส. เสนอ

น.อ. **พ.ศ. ๖๕**
รอง จก.รท.รท.ส. (๑)
ประธานคณะกรรมการด้านความปลอดภัยในการทำงานฝ่ายบริหารของ กก.รท.รท.ส.
๕ ก.พ.๖๕

- ทราบ
- อนุมัติ
พล.ร.ต. **Amid**
จก.รท.รท.ส.
๑๐ ก.พ.๖๕

สี่ทหารบก
เมื่อ ๑๐ ก.พ. ๖๕

- กรณีเกิดอุบัติเหตุ ตรวจสอบหาสาเหตุและวิเคราะห์การประสพอันตรายพร้อมข้อเสนอแนะ แนวทางป้องกัน การแก้ไข เสนอคณะกรรมการฝ่ายบริหารทราบในโอกาสแรก

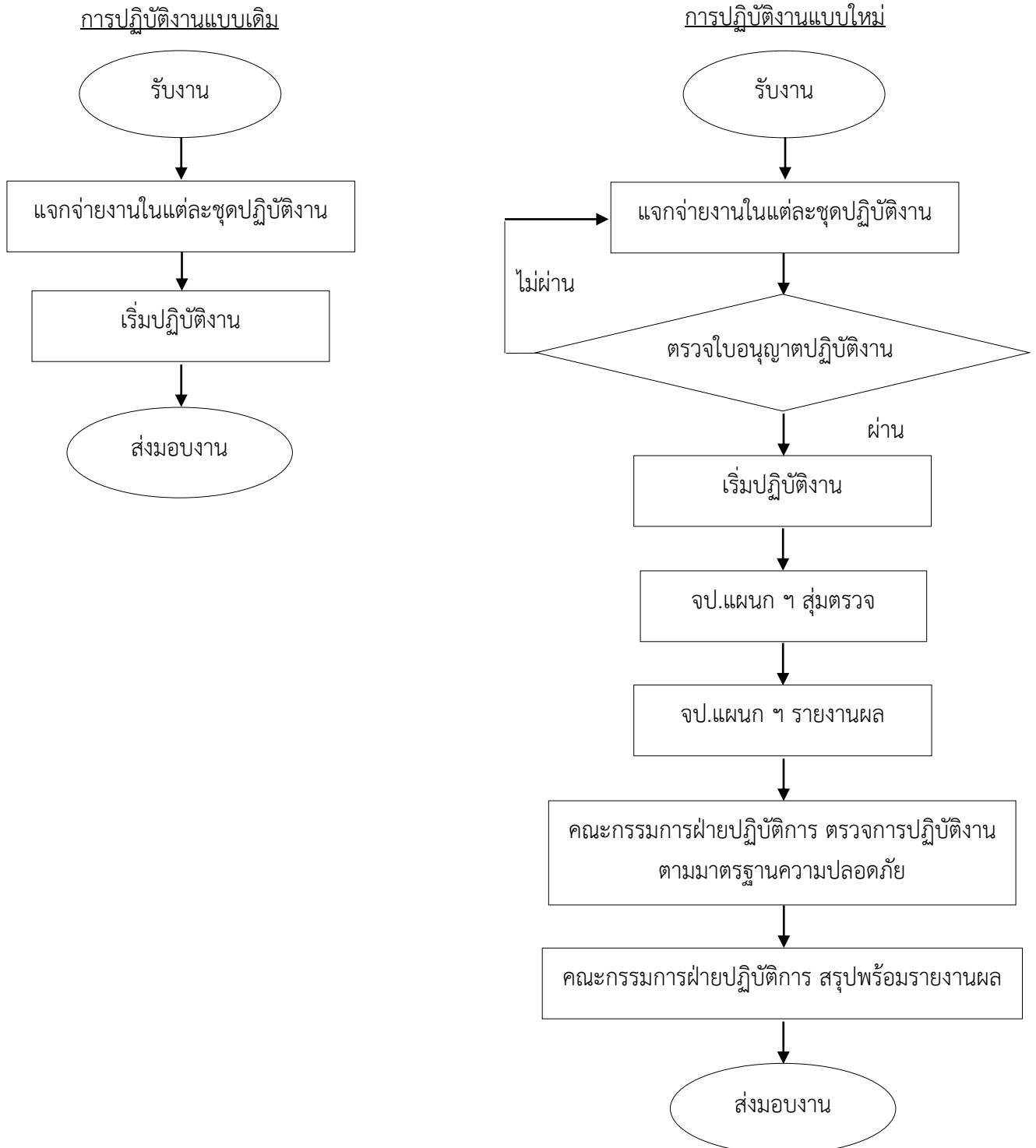
- คณะกรรมการฝ่ายบริหาร ตรวจสอบและติดตามให้มีการแก้ไขข้อบกพร่องตามที่ได้รับรายงาน พร้อมแนวทางการแก้ไขเพื่อให้เกิดความปลอดภัย

ขั้นที่ 9 ส่งมอบงาน

ส่งมอบงานให้แผนก ฯ หรือหน่วยที่เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

4. ผลการดำเนินการ/ผลสัมฤทธิ์/ประโยชน์ที่ได้รับ

4.1 WORK FLOW เปรียบเทียบการปฏิบัติงานแบบเดิม - การปฏิบัติงานแบบใหม่



4.2 ตารางเปรียบเทียบขั้นตอนการปฏิบัติงาน

ลำดับ	ขั้นตอนการปฏิบัติงานเดิม	แรงงาน คน/ชม.	ลำดับ	ขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่	แรงงาน คน/ชม.
1	รับงาน		1	รับงาน	
2	แจกจ่ายงานในแต่ละชุดปฏิบัติงาน	1/1	2	แจกจ่ายงานในแต่ละชุดปฏิบัติงาน	1/1
3	เริ่มปฏิบัติงาน	9/54	3	ตรวจใบอนุญาตปฏิบัติงาน	1/1
4	ส่งมอบงาน		4	เริ่มปฏิบัติงาน	9/54
			5	จป.แผนก ฯ สุ่มตรวจ	1/1
			6	จป.แผนก ฯ รายงานผล	1/1
			7	คณะกรรมการด้านความปลอดภัยในการทำงาน ฝ่ายปฏิบัติการ	2/2
			8	คณะกรรมการฝ่ายปฏิบัติการ สรุปพร้อมรายงานผล	2/2
			9	ส่งมอบงาน	
	รวม	1/486		รวม	1/498

จากตาราง จะเห็นได้ว่าขั้นตอนการปฏิบัติงานเดิมจะมีน้อยกว่าขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่ กล่าวคือในการปฏิบัติงานเดิมจะไม่มีขั้นตอนการตรวจสอบความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และรายงานผลของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยแต่อย่างใด มีเพียงการรับงาน นำมาแจกจ่าย และเริ่มปฏิบัติงาน เมื่องานแล้วเสร็จก็ทำการส่งมอบงาน จึงเป็นเรื่องปกติที่จะมีขั้นตอนในการปฏิบัติงานน้อย ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ เกิดอันตราย เกิดอุบัติเหตุหรือเกิดความสูญเสียแก่ผู้ที่ปฏิบัติงานสูง ซึ่งในขั้นตอนการปฏิบัติงานใหม่จะมีขั้นตอนการตรวจสอบความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และรายงานผลของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยเข้ามาเพิ่มระหว่างการปฏิบัติงาน เพื่อให้ผู้ที่ปฏิบัติงานเกิดความปลอดภัย ลดการบาดเจ็บ ลดอันตราย ลดอุบัติเหตุ และลด ความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นได้จากการปฏิบัติงาน

4.3 ตารางเปรียบเทียบความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน งบ.๖๘

การปฏิบัติงาน	จำนวน งานที่ทำ (งาน)	งานที่ไม่มี ความเสี่ยง (งาน)	งานที่มี ความเสี่ยง (งาน)	งานที่มีความ เสี่ยงอยู่ในเกณฑ์ ยอมรับได้ (งาน)	งานที่มีความ เสี่ยงเกิน เกณฑ์ (งาน)	งานที่มี อันตราย (งาน)
ปัจจุบัน (ต.ค.๖๗ - ม.ค.๖๘)	562	525	37	37	0	0

หมายเหตุ งานที่ผ่านมาตรฐาน คือ งานที่มีอุปกรณ์ เครื่องมือพร้อมใช้งาน เป็นผลการดำเนินการตามมาตรฐานความปลอดภัยของ กรง.รฐท.สส. มีการแบ่งประเภทงานที่มีความเสี่ยงที่ชัดเจน เพื่อให้มีการตรวจสอบและป้องกันอุบัติเหตุการตามมาตรฐานฯ

4.4 คำจำกัดความ

4.4.1 เหตุการณ์เกือบเกิดอุบัติเหตุ (Near miss) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดอุบัติเหตุ

4.4.2 อันตราย (Danger) หมายถึง สิ่งหรือเหตุการณ์ที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยจากการทำงาน ความเสียหายต่อทรัพย์สิน ความเสียหายต่อสภาพแวดล้อมในการทำงาน หรือต่อสาธารณชน หรือสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้รวมกัน

4.4.3 อุบัติการณ์ (Incident) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่เกิดขึ้นแล้วมีผลให้เกิดอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์เกือบอุบัติเหตุ

4.4.4 อุบัติเหตุ (Accident) หมายถึง เหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ที่อาจเกิดจากการที่ไม่ได้คาดคิดไว้ล่วงหน้า หรือไม่ทราบล่วงหน้า หรือขาดการควบคุม แต่เมื่อเกิดขึ้นแล้วมีผลให้เกิดการบาดเจ็บ หรือความเจ็บป่วยจากการทำงาน หรือเสียชีวิต หรือความสูญเสียต่อทรัพย์สิน หรือความเสียหายต่อสภาพแวดล้อมในการทำงาน หรือต่อสาธารณชน

4.4.5 เหตุฉุกเฉิน (Emergency) หมายถึง เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นแล้วมีศักยภาพในการขยายตัว และคุกคามต่อการดำเนินธุรกิจของหน่วยงาน ชีวิตและทรัพย์สิน

4.4.6 ภาวะวิกฤต (Crisis) หมายถึง เหตุการณ์ฉุกเฉิน ที่เกิดขึ้นมาแล้ว มีศักยภาพต่อชุมชน เศรษฐกิจ สังคมและการดำเนินธุรกิจต่อไปในอนาคต

4.4.7 จป. หมายถึง เจ้าหน้าที่ความปลอดภัย

4.5 ประโยชน์ที่ได้รับ

4.5.1 มีขั้นตอนในการปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยที่ชัดเจน

4.5.2 มีการตรวจสอบผลการปฏิบัติและการรายงานผลให้ผู้บังคับบัญชาทราบ

4.5.3 ลดการเกิดอุบัติเหตุลง เพราะมีการให้ความรู้และมีการกำชับการปฏิบัติ รวมถึงการตรวจสอบเครื่องมือเครื่องใช้ในการปฏิบัติงานให้ได้มาตรฐานความปลอดภัยและพร้อมใ้ใช้อยู่เสมอ

4.5.4 อัตราการเกิดอุบัติเหตุลดลง ส่งผลให้ปฏิบัติงานได้มากขึ้น ประหยัดงบประมาณในการรักษาพยาบาล รวมถึงวัสดุ อุปกรณ์อื่น ๆ

4.5.5 เป็นการป้องกันความเสียหายที่จะเกิดกับเรือ เครื่องจักร ยุทโธปกรณ์ของกองทัพเรืออีกต่อหนึ่งด้วย

4.5.6 ช่วยลดสถิติการเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงาน

4.5.7 รักษาทรัพยากรบุคคล

4.5.8 เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน ในการปฏิบัติงานถ้าไม่เกิดอุบัติเหตุจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานมีกำลังใจในการปฏิบัติงาน

4.6 อุปกรณ์

4.6.1 หมวกป้องกันศีรษะ (Head Protection Devices)



4.6.2 อุปกรณ์ป้องกันหู (Ear Protection)



4.6.3 แว่นนิรภัย (Safety glasses)



4.6.4 ถุงมือนิรภัย (Hand Protection)



4.6.5 รองเท้านิรภัย (Safety Footware)



4.6.6 กระบังหน้า



4.6.7 หน้ากากเชื่อม



4.6.8 เข็มขัดนิรภัย (Safety Belt)



5. ปัจจัยความสำเร็จ

กำลังพลในทุกระดับชั้นจำเป็นต้องให้ความสำคัญถึงมาตรฐานความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน เพื่อให้งานออกมามีคุณภาพตามมาตรฐาน และมีความปลอดภัยของกำลังพลในการปฏิบัติงาน โดยแบ่งระดับชั้นดังนี้

5.1 ผู้บังคับบัญชา ต้องกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ที่ชัดเจน ในการนำมาตรฐานความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน ลงไปให้กำลังพลปฏิบัติ

5.2 หัวหน้างาน ต้องนำนโยบายและกลยุทธ์ของผู้บังคับบัญชา ในเรื่องมาตรฐานความปลอดภัยในการปฏิบัติงานไปกวดขัดกำลังพลให้ปฏิบัติตาม

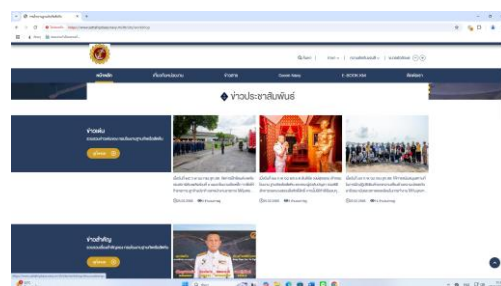
5.3 ผู้ปฏิบัติงาน ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานความปลอดภัยในการปฏิบัติงานโดยเคร่งครัดจนเกิดเป็นนิสัย และวัฒนธรรมองค์กร

6. บทเรียนที่ได้รับ

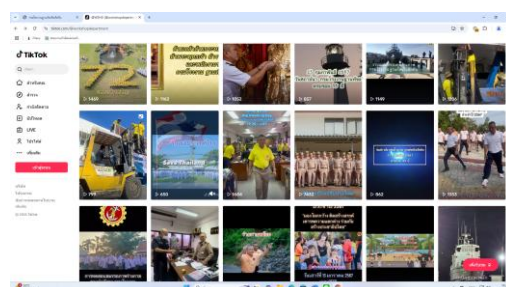
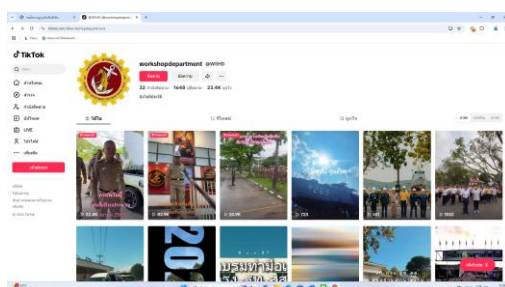
จากอดีตที่การปฏิบัติงานยังพึ่งพาทักษะของช่างเป็นส่วนใหญ่ โดยเฉพาะช่างอาวุโสซึ่งทำหน้าที่เป็นนายหมู่ โดยให้นายหมู่เป็นผู้ตัดสินใจทั้งด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงานของลูกทีม ตลอดจนแนวทางในการซ่อมแซมงานนั้น ๆ ซึ่งปัญหาปัจจุบันที่ตรวจพบคือการเปลี่ยนถ่ายจากลูกจ้างประจำเป็นพนักงานราชการ ทำให้ไม่สามารถพึ่งพาทักษะช่าง (องค์บุคคล) เป็นหลักได้อีกต่อไป เนื่องจากทักษะของช่างลดลงจากระบบเดิมอย่างเห็นได้ชัด โดยคาดหวังว่ามาตรฐานความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน จะช่วยให้ช่างคงขีดความสามารถในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ได้มีคุณภาพไม่ด้อยกว่าเดิมตลอดจนมีอัตราการบาดเจ็บ และอัตราความรุนแรงของการบาดเจ็บไม่สูงไปกว่าค่าเฉลี่ยมาตรฐาน

7. การเผยแพร่/การได้รับการยอมรับ/รางวัลที่ได้รับ

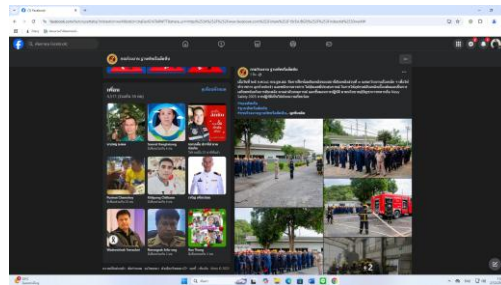
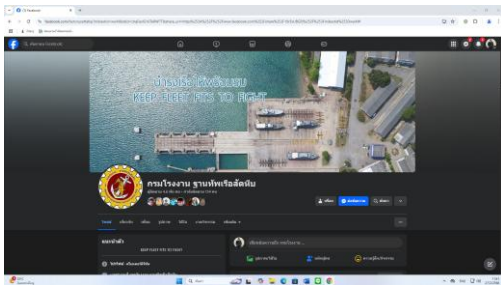
7.1 เผยแพร่ในเว็บไซต์ของ กรง.รฐท.สส. www.sattahipbase.navy.mi.th/site/workshop



<https://www.tiktok.com/@workshopdepartment/video/7473358925358812434>



<https://www.facebook.com/share/19rExUBGPj/?mibextid=wwXI>



7.2 มีการจัดบอร์ดประชาสัมพันธ์ของ กรง.รฐท.สส.



7.3 จัดงานแสดงผลงานและมอบรางวัลการจัดการความรู้ของหน่วย



7.4 มีการนำมาใช้งานจริง และมีหน่วยงานนอก ทร.มาศึกษาดูงานเพื่อไปประยุกต์ใช้ภายในหน่วย



8. ผนวก

8.1 แบบฟอร์มตรวจสอบความปลอดภัย

8.1.1 การปฏิบัติงานในพื้นที่อับอากาศ

8.1.2 การปฏิบัติงาน Hot Work

8.1.3 การปฏิบัติงานในที่สูง

8.1.4 การปฏิบัติงานด้านปั้นจั่น/เครน/รถยก

8.1.5 การพันทรายในที่อับอากาศ

8.1.6 การพ่นสี(ที่โล่งแจ้ง/ที่อับอากาศ)

8.1.7 การปฏิบัติงานด้านไฟฟ้า

8.1.8 การปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับสารเคมี

8.2 แบบฟอร์มสอบสวนอุบัติเหตุ

รายการประเมินก่อนการปฏิบัติงาน

การประเมินอันตราย		จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายและมาตรการควบคุมที่จำเป็น ดังนี้	
ระบุงานดังต่อไปนี้ที่อันตรายที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ		ระบุมาตรการควบคุมเพื่อลดหรือจำกัดความเสี่ยงขณะปฏิบัติงาน	
<p>การสัมผัสสารเคมีอันตราย</p> <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> สารกัดกร่อน/พิษ/ระคายเคือง/สารพิษ <input type="checkbox"/> ระบายหรือระเหยของ ควัน ฝุ่นผง <input type="checkbox"/> ยากำแพง <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> วัสดุ/ของแข็ง/สารพิษ <input type="checkbox"/> ฝุ่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อันตรายทางกายภาพ</p> <input type="checkbox"/> มีเสียงดัง <input type="checkbox"/> ความร้อน/ความเย็น <input type="checkbox"/> งานก่อให้เกิดความสั่น ปรอทสั่นไฟ <input type="checkbox"/> งานในที่อับอากาศ <input type="checkbox"/> งานบนที่สูง <input type="checkbox"/> งานที่เกี่ยวพันกับไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากเครื่องจักร <input type="checkbox"/> อันตรายจากรถยก/รถลาก <input type="checkbox"/> การยกของหนัก <input type="checkbox"/> การใช้ลิฟต์/บันไดเลื่อน/ลิฟท์ <input type="checkbox"/> ก๊าซอัดแรงดัน <input type="checkbox"/> เครื่องมือไฟฟ้า <input type="checkbox"/> วัสดุที่เคลื่อนที่หรือพวย <input type="checkbox"/> การเคลื่อนที่/กระแทก <input type="checkbox"/> อันตรายจากไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากสายพาน <input type="checkbox"/> พื้นลื่น <input type="checkbox"/> ฝุ่นจากการทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>มาตรการควบคุมทางวิศวกรรม</p> <input type="checkbox"/> ราวกันตก <input type="checkbox"/> การตัดเบรก/เบรกเครื่องจักร <input type="checkbox"/> การปิดกั้นพื้นที่ <input type="checkbox"/> ระบบดับเพลิง/ถังดับเพลิง <input type="checkbox"/> GFCY/การต่อสายกราวด์ <input type="checkbox"/> ติดอุปกรณ์ป้องกันอื่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล</p> <input type="checkbox"/> หมวกนิรภัย <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันฝุ่น <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากชนิดเต็มอากาศ (SCBA) <input type="checkbox"/> ชุดป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> เสื้อป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากเชื่อม <input type="checkbox"/> ที่อุดกรูด <input type="checkbox"/> ที่ครอบหู <input type="checkbox"/> ถุงมือป้องกันความร้อน/กันน้ำแข็ง <input type="checkbox"/> ที่ครอบตา <input type="checkbox"/> กระเปาะน้ำ <input type="checkbox"/> รองเท้ากันน้ำ <input type="checkbox"/> รองเท้ากันบาด <input type="checkbox"/> รองเท้ากันเข็ม <input type="checkbox"/> รองเท้ากันลื่น/กันลื่น <input type="checkbox"/> เข็มขัดนิรภัยและสายช่วยชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
<p>การสัมผัสอันตรายทางชีวภาพ</p> <input type="checkbox"/> แบคทีเรีย/ไวรัส/ปรสิต <input type="checkbox"/> เชื้อรา <input type="checkbox"/> ไวรัส/แบคทีเรีย <input type="checkbox"/> แผล/ฝี/แมลงกัด <input type="checkbox"/> สารกัมมันตรังสี <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>อันตรายทางอารยศาสตร์</p> <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหว/การยกซ้ำๆ บานาน <input type="checkbox"/> การออกแรงมาก <input type="checkbox"/> การออกแรงฉับพลัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>การสัมผัสอันตรายจากสิ่งแวดล้อม</p> <input type="checkbox"/> การเก็บรวบรวมกากของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> การที่สภาพของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> ของเสียจากห้องพยาบาล <input type="checkbox"/> สารเคมีที่รั่วไหล <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
		<p>มาตรการทางบริหารจัดการ</p> <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานมีคุณสมบัติเหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานผ่านการอบรม <input type="checkbox"/> วางแผนการทำงาน <input type="checkbox"/> ทำ Hot work permit* <input type="checkbox"/> ทำ Confine space entry permit* <input type="checkbox"/> ทำ Work at height permit* <input type="checkbox"/> ทำ Lockout/Tagout permit* <input type="checkbox"/> การตรวจอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> Material safety data sheet <input type="checkbox"/> ศึกษาวีซีเอ็ม/อันตราย <input type="checkbox"/> มีผู้เฝ้าระวังไฟ (fire watch) <input type="checkbox"/> เครื่องมือ/อุปกรณ์/ของหมด <input type="checkbox"/> สื่อสารผู้ปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ออกอย่างถูกวิธี <input type="checkbox"/> อบรมพนักงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	
		<p>*ต้องจัดทำ Permit To Work สำหรับงานเมื่ออันตราย</p> <p>แผนฉุกเฉิน</p> <input type="checkbox"/> แผนฉุกเฉินและอพยพ <input type="checkbox"/> ฝึกซ้อมและแจ้งเหตุฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> เครื่องอุปกรณ์ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เครื่องมือกู้ชีพ/กู้ภัย <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

อนุผนวก ๑ ของผนวก ก

	Safety Check Sheet (แบบฟอร์มตรวจสอบความปลอดภัย)	ชื่อหน่วยงาน
	การปฏิบัติงานในที่อับอากาศ	
ชื่องาน.....	หมายเลขใบสั่งงาน Job No.	
สถานที่.....	วันที่...../...../..... เวลา.....	
		มี ไม่มี
๑. มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายครบถ้วนหรือไม่	() ()	
๒. ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ช่วยเหลือ ผู้ควบคุมงาน ได้ผ่านการฝึกอบรม	() ()	
๓. มีการขอใบอนุญาตทำงานถูกต้อง	() ()	
๔. มีการตรวจวัดค่าปริมาณออกซิเจนอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือ ๑๙.๕ - ๒๒ %	() ()	
๕. มีการระบายอากาศที่ดี (ลมเข้า-ออก) เหมาะสมปลอดภัย	() ()	
๖. มีป้ายแจ้งข้อความที่อับอากาศ อันตรายห้ามเข้า* ตรงบริเวณทางเข้า	() ()	
๗. มีแสงสว่างที่ทำงานเพียงพอ (ความเข้มแสงสว่างอย่างน้อย ๘๐ ลักซ์) ค่าที่วัดได้.....	() ()	
๘. อุปกรณ์ไฟฟ้าที่ใช้ต้องมีระบบตัดไฟแบบอัตโนมัติ และเป็นแบบไม่ติดไฟ	() ()	
๙. ผู้ช่วยเหลือต้องมีมือผูกทางเข้า-ออกตลอดเวลา ต้องมีไฟฉาย นกหวีด และสวมปลอกแขนสีเขียว เป็นสัญลักษณ์ ระบุชื่อผู้ปฏิบัติ	() ()	
๑๐. หันพนักงานที่เป็นโรกระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ ทำงานที่อับอากาศ	() ()	
รายชื่อผู้ปฏิบัติงาน		
๑.	๕.	
๒.	๖.	
๓.	๗.	
๔.	๘.	
ปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้อง		
.....		
.....		
.....		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ
 ยศ. ชื่อ-สกุล
 ()
/...../.....

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน
 ยศ. ชื่อ-สกุล
 ()
/...../.....

รายการประเมินก่อนการปฏิบัติงาน

การประเมินอันตราย		จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายและมาตรการควบคุมที่จำเป็น ดังนี้	
ระบุงานดังต่อไปนี้ที่อันตรายที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ		ระบุมาตรการควบคุมเพื่อลดหรือจำกัดความเสี่ยงขณะปฏิบัติงาน	
<p>การสัมผัสสารเคมีอันตราย</p> <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> สารกัดกร่อน/ออกซิไดเซอร์/สารพิษ <input type="checkbox"/> ระบายเคื่องระบบหายใจ คา มิวหนัง <input type="checkbox"/> ยาฆ่าแมลง <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> โยหิน/ตะกั่ว/สารก่อมะเร็ง <input type="checkbox"/> สี <input type="checkbox"/> อื่นๆ <p>การสัมผัสอันตรายทางชีวภาพ</p> <input type="checkbox"/> แมลง/สัตว์/พืชมีพิษ <input type="checkbox"/> เชื้อรา <input type="checkbox"/> ไวรัส/แบคทีเรีย <input type="checkbox"/> แสงยูวี, แสงแดด <input type="checkbox"/> สารกัมมันตรังสี <input type="checkbox"/> อื่นๆ <p>อันตรายทางกายศาสตร์</p> <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ นานๆ <input type="checkbox"/> การออกแรงมาก <input type="checkbox"/> การออกแรงผลัก/ดึง <input type="checkbox"/> อื่นๆ <p>การสัมผัสอันตรายจากสิ่งแวดล้อม</p> <input type="checkbox"/> การเก็บรวบรวมกากของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> การทิ้งกากของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> ของเสียจากห้องพยาบาล <input type="checkbox"/> สารเคมีหกรั่วไหล <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<p>อันตรายทางกายภาพ</p> <input type="checkbox"/> เสียงดัง <input type="checkbox"/> ความร้อน/ความเย็น <input type="checkbox"/> งานก่อให้เกิดความร้อน ประกายไฟ <input type="checkbox"/> งานในที่อับอากาศ <input type="checkbox"/> งานบนที่สูง <input type="checkbox"/> งานปรับปรุงเกี่ยวกับไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากเครื่องจักร <input type="checkbox"/> อันตรายจากรอยก/รกลาก <input type="checkbox"/> การยกเคลื่อนย้าย <input type="checkbox"/> การใช้บันได/นั่งร้าน/ลิฟท์ <input type="checkbox"/> กิกซ์อัดแรงดัน <input type="checkbox"/> เครื่องมือไฟฟ้า <input type="checkbox"/> แสงสว่างไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> การลื่น เตะ กระแทก <input type="checkbox"/> อันตรายจากไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากสายพาน <input type="checkbox"/> พื้นลื่น <input type="checkbox"/> ฝุ่นจากการทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<p>มาตรการควบคุมทางวิศวกรรม</p> <input type="checkbox"/> ราวกันตก <input type="checkbox"/> การป้องกันที่เครื่องจักร <input type="checkbox"/> การปิดกั้นพื้นที่ <input type="checkbox"/> ระบบดับเพลิง/ถังดับเพลิง <input type="checkbox"/> GFCU/การต่อสายกราวด์ <input type="checkbox"/> ติดอุปกรณ์ป้องกันเส้น <input type="checkbox"/> อื่นๆ <p>มาตรการทางการจัดการ</p> <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานมีคุณสมบัติเหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานผ่านการอบรม <input type="checkbox"/> วางแผนการทำงาน <input type="checkbox"/> ทำ Hot work permit* <input type="checkbox"/> ทำ Confine space entry permit* <input type="checkbox"/> ทำ Work at height permit* <input type="checkbox"/> ทำ Lockout/Tagout permit* <input type="checkbox"/> การตรวจอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> Material safety data sheet <input type="checkbox"/> ติดป้ายเตือนอันตราย <input type="checkbox"/> มีผู้เฝ้าระวังไฟ (fire wash) <input type="checkbox"/> เครื่องมือ/อุปกรณ์เหมาะสม <input type="checkbox"/> สื่อสารผู้ปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ยกอย่างถูกวิธี <input type="checkbox"/> อบรมพนักงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ <p>*ต้องจัดทำ Permit To Work สำหรับงานเสี่ยงอันตราย</p> <p>แผนกฉุกเฉิน</p> <input type="checkbox"/> แผนกฉุกเฉินและอพยพ <input type="checkbox"/> ฝึกบัวและอ่างล้างตาฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> เตรียมอุปกรณ์ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เตรียมวัสดุชุดดับสารเคมี <input type="checkbox"/> อื่นๆ	<p>อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล</p> <input type="checkbox"/> หมวกนิรภัย <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันฝุ่น <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากชนิดเต็มอากาศ (SCBA) <input type="checkbox"/> ชุดป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> เข็มป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากเชื่อม <input type="checkbox"/> ที่อุดหู <input type="checkbox"/> ที่ครอบหู <input type="checkbox"/> แวนคานิรภัยชนิดป้องกันด้านข้าง <input type="checkbox"/> ที่ครอบตา <input type="checkbox"/> กระบังหน้า <input type="checkbox"/> รองเท้านิรภัย <input type="checkbox"/> ถุงมือกันบาด <input type="checkbox"/> ถุงมืองานเชื่อม <input type="checkbox"/> ถุงมือสัมผัสอาหาร <input type="checkbox"/> เข็มขัดนิรภัยและสายช่วยชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ

ยศ. ชื่อ-สกุล

()

...../...../.....

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน

ยศ. ชื่อ-สกุล

()

...../...../.....

อนุผนวก ๒ ของผนวก ก

	Safety Check Sheet (แบบฟอร์มตรวจสอบความปลอดภัย)	ชื่อหน่วยงาน
	การปฏิบัติงาน Hot Work	
ชื่องาน.....	หมายเลขใบสั่งงาน Job No.	
สถานที่.....	วันที่...../...../.....	เวลา.....
	มี	ไม่มี
๑. มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายครบถ้วนหรือไม่	()	()
๒. หลอดไฟแสงสว่างเป็นชนิดป้องกันระเบิดหรือไม่	()	()
๓. พัดลม ท่อระบายอากาศ พร้อมหรือไม่	()	()
๔. ตู้เชื่อม/ตัด สายไฟ สายแก๊ส หัวเชื่อม อยู่ในสภาพพร้อมใช้และปลอดภัย หรือไม่	()	()
๕. สายไฟ, สายแก๊ส, Regulator อยู่ในสภาพพร้อมใช้และปลอดภัยหรือไม่	()	()
๖. ตู้เชื่อมมีการต่อสายดินปลอดภัยหรือไม่	()	()
๗. มีการติดสัญลักษณ์เตือนความปลอดภัย เช่น Safety for Hot Work อยู่หรือไม่	()	()
๘. นำอุปกรณ์ที่อาจก่อให้เกิดประกายไฟ การลุกไหม้ ออกจากพื้นที่เรียบร้อยแล้วหรือไม่	()	()
๙. หากมีอุปกรณ์ที่ติดไฟได้ มีผ้าคลุมกันไฟ และอยู่ห่างจากจุดเชื่อมเกิน ๑๑ เมตร หรือไม่	()	()
๑๐. มีการทำงานหรือสิ่งทีก่อให้เกิดประกายไฟในพื้นที่ข้างเคียงหรือไม่	()	()
๑๑. มีการสื่อสารและส่งงานต่อระหว่างกะการทำงานหรือไม่	()	()
๑๒. อุปกรณ์ดับเพลิง ถึงดับเพลิง สายฉีดน้ำดับเพลิงพร้อมใช้งานหรือไม่	()	()
๑๓. หากมีการถอดท่อ วาล์วได้ขอใบอนุญาตใหม่และทดสอบแก๊สหรือไม่	()	()
๑๔. มีข้อมูลเจ้าหน้าที่/สถานที่ ที่สามารถติดต่อกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินหรือไม่	()	()
๑๕. ระหว่างพัก มีการเก็บสายแก๊สออกมาจากที่ทำงานหรือถอดสายออกจากถังและปิดวาล์วแก๊ส/ลมหรือไม่	()	()
ปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้อง		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ
 ยศ. ชื่อ-สกุล
 ()

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน
 ยศ. ชื่อ-สกุล
 ()

รายการประเมินก่อนการปฏิบัติงาน

การประเมินอันตราย		จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายและมาตรการควบคุมที่จำเป็น ดังนี้	
ระบุงานดังต่อไปนี้ที่อันตรายที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ		ระบุมาตรการควบคุมเพื่อลดหรือจำกัดความเสี่ยงขณะปฏิบัติงาน	
<p>การสัมผัสสารเคมีอันตราย</p> <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> สารกัดกร่อน/พิษ/ระคายเคือง/สารพิษ <input type="checkbox"/> ระบายหรือระเหยของ ควัน ฝุ่นผง <input type="checkbox"/> ยากำแพง <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> วัสดุ/ของแข็ง/สารพิษ <input type="checkbox"/> ฝุ่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อันตรายทางกายภาพ</p> <input type="checkbox"/> มีเสียงดัง <input type="checkbox"/> ความร้อน/ความเย็น <input type="checkbox"/> งานก่อให้เกิดความสั่น ประกายไฟ <input type="checkbox"/> งานในที่อับอากาศ <input type="checkbox"/> งานบนที่สูง <input type="checkbox"/> งานที่เกี่ยวพันกับไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากเครื่องจักร <input type="checkbox"/> อันตรายจากรถยก/รถลาก <input type="checkbox"/> การยกของหนัก <input type="checkbox"/> การใช้ลิฟต์/บันไดเลื่อน/ลิฟท์ <input type="checkbox"/> ก๊าซอัดแรงดัน <input type="checkbox"/> เครื่องมือไฟฟ้า <input type="checkbox"/> วัสดุที่แหลมหรือคม <input type="checkbox"/> การเคลื่อนที่/การตก <input type="checkbox"/> อันตรายจากไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากสายพาน <input type="checkbox"/> พื้นลื่น <input type="checkbox"/> ฝุ่นจากการทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>มาตรการควบคุมทางวิศวกรรม</p> <input type="checkbox"/> ราวกันตก <input type="checkbox"/> การตัดเบรก/เบรกเครื่องจักร <input type="checkbox"/> การปิดกั้นพื้นที่ <input type="checkbox"/> ระบบดับเพลิง/ถังดับเพลิง <input type="checkbox"/> GFCY/การต่อสายกราวด์ <input type="checkbox"/> ติดอุปกรณ์ป้องกันอื่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล</p> <input type="checkbox"/> หมวกนิรภัย <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันฝุ่น <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากชนิดเต็มอากาศ (SCBA) <input type="checkbox"/> ชุดป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> เสื้อป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากเชื่อม <input type="checkbox"/> ที่อุดกรูด <input type="checkbox"/> ที่ครอบหู <input type="checkbox"/> ไม้กั้นมือชนิดป้องกันด้านข้าง <input type="checkbox"/> ที่ครอบตา <input type="checkbox"/> กระเป๋านิรภัย <input type="checkbox"/> รองเท้านิรภัย <input type="checkbox"/> ถุงมือกันบาด <input type="checkbox"/> ถุงมืองานเชื่อม <input type="checkbox"/> ถุงมือสัมผัสอาหาร <input type="checkbox"/> เข็มขัดนิรภัยและสายช่วยชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
<p>การสัมผัสอันตรายทางชีวภาพ</p> <input type="checkbox"/> แบคทีเรีย/ไวรัส/ปรสิต <input type="checkbox"/> เชื้อรา <input type="checkbox"/> ไวรัส/แบคทีเรีย <input type="checkbox"/> แผล/ฝี/แผลกดทับ <input type="checkbox"/> สารกัมมันตรังสี <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>อันตรายทางอารยศาสตร์</p> <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหว/การยกซ้ำๆ บานาน <input type="checkbox"/> การออกแรงมาก <input type="checkbox"/> การออกแรงฉับพลัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>การสัมผัสอันตรายจากสิ่งแวดล้อม</p> <input type="checkbox"/> การเก็บรวบรวมกากของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> การที่สภาพของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> ของเสียจากห้องพยาบาล <input type="checkbox"/> สารเคมีที่รั่วไหล <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
		<p>มาตรการทางบริหารจัดการ</p> <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานมีคุณสมบัติเหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานผ่านการอบรม <input type="checkbox"/> วางแผนการทำงาน <input type="checkbox"/> ทำ Hot work permit* <input type="checkbox"/> ทำ Confine space entry permit* <input type="checkbox"/> ทำ Work at height permit* <input type="checkbox"/> ทำ Lockout/Tagout permit* <input type="checkbox"/> การตรวจอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> Material safety data sheet <input type="checkbox"/> ศึกษาวีซีเอ็มอันตราย <input type="checkbox"/> มีผู้เฝ้าระวังไฟ (fire watch) <input type="checkbox"/> เครื่องมือ/อุปกรณ์เฉพาะ <input type="checkbox"/> สื่อสารกับผู้ปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ออกอย่างถูกวิธี <input type="checkbox"/> อบรมพนักงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	
		<p>*ต้องจัดทำ Permit To Work สำหรับงานเมื่ออันตราย</p> <p>แผนฉุกเฉิน</p> <input type="checkbox"/> แผนฉุกเฉินและอพยพ <input type="checkbox"/> ฝึกซ้อมและแจ้งเหตุฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> เครื่องอุปกรณ์ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เครื่องมือกู้ชีพขั้นสูง <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

อนุผนวก ๓ ของผนวก ก

	Safety Check Sheet (แบบฟอร์มตรวจสอบความปลอดภัย)		ชื่อหน่วยงาน	
	การปฏิบัติงานในที่สูง		
ชื่องาน.....	หมายเลขใบสั่งงาน Job No.			
สถานที่.....	วันที่...../...../.....	เวลา.....		
		มี	ไม่มี	
๑. มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายครบถ้วนหรือไม่		()	()	
๒. มีแผ่นรองฐานท่อเสาและท่ออยู่ในแนวตั้ง		()	()	
๓. ระยะห่างระหว่างท่อเสาและระหว่างท่อนอกถูกต้อง (ระยะไม่เกิน ๒ เมตร)		()	()	
๔. น้จรั้นถูกยึดกับโครงสร้างหลักแข็งแรง มีมากจุดเพียงพอ		()	()	
๕. แคลมป์ยึดน้จรั้นไม่หลวมคลอน		()	()	
๖. ปลอกสวมต่อท่อ ในระนาบเดียวกัน-ติดกันต้องเยื้องเหลื่อมกัน ทั้งท่อตั้งและท่อนอน		()	()	
๗. ติดตั้งน้จรั้นโดยเลือกใช้แคลมป์ถูกชนิด		()	()	
๘. มีค้ำยันด้านหน้าและด้านข้างถูกต้อง		()	()	
๙. ความกว้างของพื้นทางเดินและพื้นทำงานเหมาะสม		()	()	
๑๐. พื้นน้จรั้นไม่เกยกัน ไม่มีช่องโหว่ที่วัสดุจะร่วงหล่นได้		()	()	
๑๑. มีการใช้ลวดเหล็กผูกมัดแผ่นพื้น		()	()	
๑๒. รวากับตักประกอบได้ระยะและแข็งแรง		()	()	
๑๓. บันไดถูกยึดตรึงมั่นคง ปลายบนเลยพื้น-สูงเพียงพอ ทางขึ้นลงบันไดแต่ละชั้นเหลื่อมกันและมีมุลาดเอียงถูกต้อง		()	()	
๑๔. ติดตั้งแผ่นกันของตกโดยรอบ		()	()	
๑๕. ส่วนประกอบของน้จรั้นไม่กีดขวางทางเดินหรือทางขึ้นลง		()	()	
๑๖. กรณีเป็นน้จรั้นเคลื่อนที่ ล้อต้องล็อกได้ และรับน้ำหนักได้		()	()	
๑๗. ติดป้ายอนุญาตให้ใช้งานหลังผ่านการตรวจสอบ		()	()	
ปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้อง				
.....				
.....				
.....				

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ

ยศ. ชื่อ-สกุล

()
...../...../.....

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน

ยศ. ชื่อ-สกุล

()
...../...../.....

รายการประเมินก่อนการปฏิบัติงาน

การประเมินอันตราย		จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายและมาตรการควบคุมที่จำเป็น ดังนี้	
ระบุงานดังต่อไปนี้ที่อันตรายที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ		ระบุมาตรการควบคุมเพื่อลดหรือจำกัดความเสี่ยงขณะปฏิบัติงาน	
<p>การสัมผัสสารเคมีอันตราย</p> <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> สารกัดกร่อน/ไอระเหย/สารพิษ <input type="checkbox"/> ระบายหรือระบบหายใจ ๓๓ มิฉะนั้น <input type="checkbox"/> ยาฆ่าแมลง <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> ไขมัน/ตะกั่ว/สารพิษอื่นใด <input type="checkbox"/> ฝุ่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อันตรายทางกายภาพ</p> <input type="checkbox"/> มีเสียงดัง <input type="checkbox"/> ความร้อน/ความเย็น <input type="checkbox"/> งานก่อให้เกิดความสั่น ประกายไฟ <input type="checkbox"/> งานในที่อับอากาศ <input type="checkbox"/> งานบนที่สูง <input type="checkbox"/> งานที่เกี่ยวพันกับไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากเครื่องจักร <input type="checkbox"/> อันตรายจากรถยก/รถลาก <input type="checkbox"/> การยกของหนัก <input type="checkbox"/> การใช้ลิฟต์/บันไดเลื่อน/ลิฟท์ <input type="checkbox"/> ก๊าซอัดแรงดัน <input type="checkbox"/> เครื่องมือไฟฟ้า <input type="checkbox"/> วัสดุที่แหลมหรือคม <input type="checkbox"/> การเคลื่อนที่เร็ว/กระแทก <input type="checkbox"/> อันตรายจากไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากสายพาน <input type="checkbox"/> พื้นลื่น <input type="checkbox"/> ฝุ่นจากการทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>มาตรการควบคุมทางวิศวกรรม</p> <input type="checkbox"/> ราวกันตก <input type="checkbox"/> การตัดป้องกันเครื่องจักร <input type="checkbox"/> การปิดกั้นพื้นที่ <input type="checkbox"/> ระบบดับเพลิง/ถังดับเพลิง <input type="checkbox"/> GFCY/การต่อสายกราวด์ <input type="checkbox"/> ติดอุปกรณ์ป้องกันอื่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล</p> <input type="checkbox"/> หมวกนิรภัย <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันฝุ่น <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากชนิดเต็มอากาศ (SCBA) <input type="checkbox"/> ชุดป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> เสื้อป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากเชื่อม <input type="checkbox"/> ที่อุดกรูด <input type="checkbox"/> ที่ครอบหู <input type="checkbox"/> ไม้กั้นมือชนิดป้องกันด้านข้าง <input type="checkbox"/> ที่ครอบตา <input type="checkbox"/> กระเปาะน้ำ <input type="checkbox"/> รองเท้ากันภัย <input type="checkbox"/> ถุงมือกันบาด <input type="checkbox"/> ถุงมืองานเชื่อม <input type="checkbox"/> ถุงมือฉนวนความร้อน <input type="checkbox"/> เข็มขัดนิรภัยและสายช่วยชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
<p>การสัมผัสอันตรายทางชีวภาพ</p> <input type="checkbox"/> แบคทีเรีย/ไวรัส/ปรสิต <input type="checkbox"/> เชื้อรา <input type="checkbox"/> ไวรัส/แบคทีเรีย <input type="checkbox"/> แผลพุพอง/แมลงกัด <input type="checkbox"/> สารกัมมันตรังสี <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>อันตรายทางอารยศาสตร์</p> <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ นานๆ <input type="checkbox"/> การออกแรงมาก <input type="checkbox"/> การยกของหนัก/ดึง <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>การสัมผัสอันตรายจากสิ่งแวดล้อม</p> <input type="checkbox"/> การเก็บรวบรวมกากของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> การที่สภาพของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> ของเสียจากห้องพยาบาล <input type="checkbox"/> สารเคมีที่รั่วไหล <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
		<p>มาตรการทางบริหารจัดการ</p> <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานมีคุณสมบัติเหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานผ่านการอบรม <input type="checkbox"/> วางแผนการทำงาน <input type="checkbox"/> ทำ Hot work permit* <input type="checkbox"/> ทำ Confine space entry permit* <input type="checkbox"/> ทำ Work at height permit* <input type="checkbox"/> ทำ Lockout/Tagout permit* <input type="checkbox"/> การตรวจอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> Material safety data sheet <input type="checkbox"/> ศึกษาวีซีเอ็มอันตราย <input type="checkbox"/> มีผู้เฝ้าระวังไฟ (fire watch) <input type="checkbox"/> เครื่องมือ/อุปกรณ์เฉพาะ <input type="checkbox"/> สื่อสารกับผู้ปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ออกอย่างถูกวิธี <input type="checkbox"/> อบรมพนักงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	
		<p>*ต้องจัดทำ Permit To Work สำหรับงานเมื่ออันตราย</p> <p>แผนฉุกเฉิน</p> <input type="checkbox"/> แผนฉุกเฉินและอพยพ <input type="checkbox"/> ฝึกซ้อมและแจ้งเหตุฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> เครื่องอุปกรณ์ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เครื่องมือกู้ชีพขั้นสูง <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

อนุผนวก ๔ ของผนวก ก

Safety Check Sheet (แบบฟอร์มตรวจสอบความปลอดภัย)		ชื่อหน่วยงาน	
การปฏิบัติงานด้านปั้นจั่น/เครน/รถยก		
ชื่องาน.....		หมายเลขใบสั่งงาน Job No.	
สถานที่.....		วันที่...../...../..... เวลา.....	
		มี	ไม่มี
๑. มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายครบถ้วนหรือไม่		()	()
๒. มีการหยุดคุย/ประสานงานในการประชุมโครงการหรือไม่		()	()
๓. มีการตรวจสอบปั้นจั่น/เครน/รถยก ให้พร้อมก่อนการปฏิบัติงาน		()	()
๔. เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานต้องผ่านการอบรมด้านการใช้ ปั้นจั่น/เครน/รถยก		()	()
๕. ตรวจสอบพื้นที่ปฏิบัติงานว่ารับน้ำหนัก ปั้นจั่น/เครน ได้หรือไม่		()	()
๖. มีการกั้นพื้นที่และมีป้ายหรือสัญญาณเตือนว่ามีการทำงาน ปั้นจั่น/เครน		()	()
๗. เมื่อปฏิบัติงานมีผู้ควบคุมน้ำหนักและทิศทางในการยก ปั้นจั่น/เครน		()	()
๘. มีการตรวจสอบสิ่งของที่ทำการยกและผูกมัดเรียบร้อยแล้ว		()	()
๙. เมื่อปฏิบัติงานเสร็จมีการตรวจสอบเครื่องมือและ ปั้นจั่น/เครน/รถยก ให้พร้อมใช้งาน		()	()
ปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้อง			
.....			
.....			
.....			

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ
 ยศ. ชื่อ-สกุล
 ()
/...../.....

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน
 ยศ. ชื่อ-สกุล
 ()
/...../.....

รายการประเมินก่อนการปฏิบัติงาน

การประเมินอันตราย		จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายและมาตรการควบคุมที่จำเป็น ดังนี้ ระบุมาตรการควบคุมเพื่อลดหรือจำกัดความเสี่ยงขณะปฏิบัติงาน	
ระบุงานดังต่อไปนี้ที่อันตรายที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ			
การสัมผัสสารเคมีอันตราย <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> สารกัดกร่อน/พิษ/ระคายเคือง/สารพิษ <input type="checkbox"/> ระบายหรือระเหยของ ๓๓ มิฉะนั้น <input type="checkbox"/> ยากำแพง <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> ในทีม/ทะเล/สารพิษ <input type="checkbox"/> ฝุ่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	อันตรายทางกายภาพ <input type="checkbox"/> มีเสียงดัง <input type="checkbox"/> ความร้อน/ความเย็น <input type="checkbox"/> งานก่อให้เกิดความอ่อน ปะทะไฟ <input type="checkbox"/> งานในที่อับอากาศ <input type="checkbox"/> งานบนที่สูง <input type="checkbox"/> งานที่เกี่ยวพันกับไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากเครื่องจักร <input type="checkbox"/> อันตรายจากรถยก/รถลาก <input type="checkbox"/> การยกของหนัก <input type="checkbox"/> การใช้ลิฟต์/บันไดเลื่อน/ลิฟท์ <input type="checkbox"/> ก๊าซอัดแรงดัน <input type="checkbox"/> เครื่องมือไฟฟ้า <input type="checkbox"/> วัสดุที่แหลมหรือคม <input type="checkbox"/> การเคลื่อนที่/การตก <input type="checkbox"/> อันตรายจากไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากสายพาน <input type="checkbox"/> พื้นลื่น <input type="checkbox"/> ฝุ่นจากการทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	มาตรการควบคุมทางวิศวกรรม <input type="checkbox"/> ราวกันตก <input type="checkbox"/> การล๊อคอิน/แท็กเอาท์ <input type="checkbox"/> การปิดกั้นพื้นที่ <input type="checkbox"/> ระบบดับเพลิง/ถังดับเพลิง <input type="checkbox"/> GFCY/การต่อสายกราวด์ <input type="checkbox"/> ติดอุปกรณ์ป้องกันอื่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____ มาตรการทางการจัดการ <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานมีคุณสมบัติเหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานผ่านการอบรม <input type="checkbox"/> วางแผนการทำงาน <input type="checkbox"/> ทำ Hot work permit* <input type="checkbox"/> ทำ Confine space entry permit* <input type="checkbox"/> ทำ Work at height permit* <input type="checkbox"/> ทำ Lockout/Tagout permit* <input type="checkbox"/> การตรวจอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> Material safety data sheet <input type="checkbox"/> ศึกษาวีซีเอ็มอันตราย <input type="checkbox"/> มีผู้ชำระไฟฟ้า (fire wash) <input type="checkbox"/> เครื่องมือ/อุปกรณ์เหมาะสม <input type="checkbox"/> สื่อสารผู้ปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ออกอย่างถูกวิธี <input type="checkbox"/> อบรมพนักงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____ *ต้องใช้ทำ Permit To Work สำหรับงานเมื่ออันตราย แผนฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> แผนฉุกเฉินและอพยพ <input type="checkbox"/> ฝึกซ้อมและแจ้งเหตุฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> เครื่องอุปกรณ์ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เครื่องมือกู้ชีพขั้นสูง <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล <input type="checkbox"/> หมวกนิรภัย <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันฝุ่น <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากชนิดเต็มอากาศ (SCBA) <input type="checkbox"/> ชุดป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> เสื้อป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากเชื่อม <input type="checkbox"/> ที่อุดหู <input type="checkbox"/> ที่ครอบงู <input type="checkbox"/> ไม้กั้นมือชนิดป้องกันด้านข้าง <input type="checkbox"/> ที่ครอบตา <input type="checkbox"/> กระเป๋านิรภัย <input type="checkbox"/> รองเท้านิรภัย <input type="checkbox"/> ถุงมือกันบาด <input type="checkbox"/> ถุงมืองานเชื่อม <input type="checkbox"/> ถุงมือสัมผัสอาหาร <input type="checkbox"/> เข็มขัดนิรภัยและสายช่วยชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
การสัมผัสอันตรายทางชีวภาพ <input type="checkbox"/> แบคทีเรีย/ไวรัส/ปรสิต <input type="checkbox"/> เชื้อรา <input type="checkbox"/> ไวรัส/แบคทีเรีย <input type="checkbox"/> แผล/ฝี/แมลงกัด <input type="checkbox"/> สารกัมมันตรังสี <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
อันตรายทางอารยศาสตร์ <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ นานๆ <input type="checkbox"/> การออกแรงมาก <input type="checkbox"/> การยกของหนัก/ดึง <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
การสัมผัสอันตรายจากสิ่งแวดล้อม <input type="checkbox"/> การเก็บรวบรวมกากของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> การที่สภาพของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> ของเสียจากห้องพยาบาล <input type="checkbox"/> สารเคมีที่รั่วไหล <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

รายการประเมินก่อนการปฏิบัติงาน

การประเมินอันตราย		จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายและมาตรการควบคุมที่จำเป็น ดังนี้	
ระบุงานดังต่อไปนี้ที่อันตรายที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ		ระบุมาตรการควบคุมเพื่อลดหรือจำกัดความเสี่ยงขณะปฏิบัติงาน	
<p>การสัมผัสสารเคมีอันตราย</p> <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> สารกัดกร่อน/ไอระเหย/สารพิษ <input type="checkbox"/> ระบายหรือระบบหายใจ ๓๓ มิฉะนั้น <input type="checkbox"/> ยาฆ่าแมลง <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> ระเบิด/ระเบิด/สารกัมมันตรังสี <input type="checkbox"/> ฝุ่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อันตรายทางกายภาพ</p> <input type="checkbox"/> มีเสียงดัง <input type="checkbox"/> ความร้อน/ความเย็น <input type="checkbox"/> งานก่อให้เกิดความสั่น ปรกาศไฟ <input type="checkbox"/> งานในที่อับอากาศ <input type="checkbox"/> งานบนที่สูง <input type="checkbox"/> งานที่เกี่ยวพันกับไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากเครื่องจักร <input type="checkbox"/> อันตรายจากรถยก/รถลาก <input type="checkbox"/> การยกของผิดวิธี <input type="checkbox"/> การใช้ลิฟต์/บันไดเลื่อน/ลิฟท์ <input type="checkbox"/> ก๊าซอัดแรงดัน <input type="checkbox"/> เครื่องมือไฟฟ้า <input type="checkbox"/> วัสดุที่แหลมหรือคม <input type="checkbox"/> การเคลื่อนที่เร็ว/กระแทก <input type="checkbox"/> อันตรายจากไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากสายพาน <input type="checkbox"/> พื้นลื่น <input type="checkbox"/> ฝุ่นจากการทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>มาตรการควบคุมทางวิศวกรรม</p> <input type="checkbox"/> ราวกันตก <input type="checkbox"/> การตัดบริเวณที่เครื่องจักร <input type="checkbox"/> การปิดกั้นพื้นที่ <input type="checkbox"/> ระบบดับเพลิง/ถังดับเพลิง <input type="checkbox"/> GFCY/การต่อสายกราวด์ <input type="checkbox"/> ติดอุปกรณ์ป้องกันอื่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล</p> <input type="checkbox"/> หมวกนิรภัย <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันฝุ่น <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากชนิดเต็มอากาศ (SCBA) <input type="checkbox"/> ชุดป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> เสื้อป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากเชื่อม <input type="checkbox"/> ที่อุดกรูด <input type="checkbox"/> ที่ครอบหู <input type="checkbox"/> ถุงมือป้องกันความร้อน/กันน้ำแข็ง <input type="checkbox"/> ที่ครอบตา <input type="checkbox"/> กระเป๋านิรภัย <input type="checkbox"/> รองเท้ากันภัย <input type="checkbox"/> ถุงมือกันบาด <input type="checkbox"/> ถุงมืองานเชื่อม <input type="checkbox"/> ถุงมือฉนวนไฟฟ้า <input type="checkbox"/> เข็มขัดนิรภัยและสายช่วยชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
<p>การสัมผัสอันตรายทางชีวภาพ</p> <input type="checkbox"/> แบคทีเรีย/ไวรัส/ปรสิต <input type="checkbox"/> เชื้อรา <input type="checkbox"/> ไวรัส/แบคทีเรีย <input type="checkbox"/> แอสเพอร์จิลลอส <input type="checkbox"/> สารกัมมันตรังสี <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>อันตรายทางอารยศาสตร์</p> <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ นานๆ <input type="checkbox"/> การออกแรงมาก <input type="checkbox"/> การยกของหนัก/ผิดวิธี <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>การสัมผัสอันตรายจากสิ่งแวดล้อม</p> <input type="checkbox"/> การเก็บรวบรวมกากของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> การที่สภาพของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> ของเสียจากห้องพยาบาล <input type="checkbox"/> สารเคมีที่รั่วไหล <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
		<p>มาตรการทางบริหารจัดการ</p> <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานมีคุณสมบัติเหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานผ่านการอบรม <input type="checkbox"/> วางแผนการทำงาน <input type="checkbox"/> ทำ Hot work permit* <input type="checkbox"/> ทำ Confine space entry permit* <input type="checkbox"/> ทำ Work at height permit* <input type="checkbox"/> ทำ Lockout/Tagout permit* <input type="checkbox"/> การตรวจอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> Material safety data sheet <input type="checkbox"/> ศึกษาวีซีเอ็มอันตราย <input type="checkbox"/> มีผู้เฝ้าระวังไฟ (fire watch) <input type="checkbox"/> เครื่องมือ/อุปกรณ์เฉพาะ <input type="checkbox"/> สื่อสารกับผู้ปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ออกอย่างถูกวิธี <input type="checkbox"/> อบรมพนักงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	
		<p>*ต้องจัดทำ Permit To Work สำหรับงานเมื่ออันตราย</p> <p>แผนฉุกเฉิน</p> <input type="checkbox"/> แผนฉุกเฉินและอพยพ <input type="checkbox"/> ฝึกซ้อมและแจ้งเหตุฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> เครื่องอุปกรณ์ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เครื่องมือกู้ชีพขั้นสูง <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

อนุผนวก ๖ ของผนวก ก

	Safety Check Sheet (แบบฟอร์มตรวจสอบความปลอดภัย)	ชื่อหน่วยงาน
	การพันสี(ที่โล่งแจ้ง/ที่้อากาศ)	
ชื่องาน..... หมายเลขใบสั่งงาน Job No.		
สถานที่.....	วันที่...../...../.....	เวลา.....
	มี	ไม่มี
๑. มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายครบถ้วนหรือไม่	()	()
๒. หลอดไฟแสงสว่างเป็นชนิดป้องกันระเบิดหรือไม่	()	()
๓. ระบบระบายอากาศเป็นชนิดป้องกันระเบิดหรือไม่	()	()
๔. มีการพูดคุย/ประสานงานในการประชุมโครงการหรือไม่	()	()
๕. อุปกรณ์ไฟฟ้าและแสงสว่างทุกชนิดผ่านการตรวจสอบและติดป้ายผ่านการตรวจสอบว่ามีความปลอดภัย ในการใช้งาน โดยเจ้าหน้าที่ประจำวันหรือไม่	()	()
๖. มีป้ายแสดงว่ามีการเตรียมพื้นผิว/พันสี ที่หน้าทางเข้าพื้นที่ปฏิบัติงานหรือไม่	()	()
๗. มีการติดตั้งสัญญาณไฟกระพริบสีเหลืองที่บริเวณทางเข้าพื้นที่ปฏิบัติงานหรือไม่	()	()
๘. มีผู้ที่ผ่านการอบรมความปลอดภัยในการทำตัวเรือประจำการอยู่นอกพื้นที่ปฏิบัติงานหรือไม่	()	()
๙. มีการสื่อสารและส่งงานต่อระหว่างกะการทำงานหรือไม่	()	()
๑๐. นำอุปกรณ์สื่อสารอิเล็กทรอนิกส์ออกพื้นที่หมดแล้วหรือไม่	()	()
๑๑. ไม่มีการทำงานที่ก่อให้เกิดประกายไฟในพื้นที่ปฏิบัติงานหรือห้องข้างเคียง	()	()
๑๒. มีการเก็บคืนใบอนุญาตในการทำงานใช้ความร้อนก่อนการออกใบอนุญาตพันสีเรือหรือไม่	()	()
๑๓. มีการอนุมัติหรือแมนให้พันสีเรือตามกำหนดการที่ร้องขอหรือไม่	()	()
รายชื่อผู้ปฏิบัติงาน		
๑.	๕.	
๒.	๖.	
๓.	๗.	
๔.	๘.	
ปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้อง		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ
 ยศ. ชื่อ-สกุล
 ()
/...../.....

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน
 ยศ. ชื่อ-สกุล
 ()
/...../.....

รายการประเมินก่อนการปฏิบัติงาน

การประเมินอันตราย		จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายและมาตรการควบคุมที่จำเป็น ดังนี้ ระบุมาตรการควบคุมเพื่อลดหรือจำกัดความเสี่ยงขณะปฏิบัติงาน	
ระบุงานดังต่อไปนี้ที่อันตรายที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ			
<p>การสัมผัสสารเคมีอันตราย</p> <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> สารกัดกร่อน/พิษ/ระคายเคือง/สารพิษ <input type="checkbox"/> ระบายหรือระเหยของ ๓๓ มิถุนะ <input type="checkbox"/> ยาฆ่าแมลง <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> ไขมัน/ตะกั่ว/สารพิษอื่นใด <input type="checkbox"/> ฝุ่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อันตรายทางกายภาพ</p> <input type="checkbox"/> มีเสียงดัง <input type="checkbox"/> ความร้อน/ความเย็น <input type="checkbox"/> งานก่อให้เกิดความสั่น ประกายไฟ <input type="checkbox"/> งานในที่อับอากาศ <input type="checkbox"/> งานบนที่สูง <input type="checkbox"/> งานที่เกี่ยวพันกับไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากเครื่องจักร <input type="checkbox"/> อันตรายจากรถยก/รถลาก <input type="checkbox"/> การยกของผิดวิธี <input type="checkbox"/> การใช้ลิฟต์/บันไดเลื่อน/ลิฟท์ <input type="checkbox"/> ก๊าซอัดแรงดัน <input type="checkbox"/> เครื่องมือไฟฟ้า <input type="checkbox"/> วัสดุร้าว/ไม่เพียงพอ <input type="checkbox"/> การดึง เหยง กระแทก <input type="checkbox"/> อันตรายจากไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากสายพาน <input type="checkbox"/> พื้นลื่น <input type="checkbox"/> ฝุ่นจากการทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>มาตรการควบคุมทางวิศวกรรม</p> <input type="checkbox"/> ราวกันตก <input type="checkbox"/> การตัดป้องกันเครื่องจักร <input type="checkbox"/> การปิดกั้นพื้นที่ <input type="checkbox"/> ระบบดับเพลิง/ถังดับเพลิง <input type="checkbox"/> GFCY/การต่อสายกราวด์ <input type="checkbox"/> ติดอุปกรณ์ป้องกันอื่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล</p> <input type="checkbox"/> หมวกนิรภัย <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันฝุ่น <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากชนิดเต็มอากาศ (SCBA) <input type="checkbox"/> ชุดป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> เสื้อป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากเชื่อม <input type="checkbox"/> ที่อุดกรูด <input type="checkbox"/> ที่ครอบหู <input type="checkbox"/> ไม้กั้นมือชนิดป้องกันด้านข้าง <input type="checkbox"/> ที่ครอบตา <input type="checkbox"/> กระเป๋านิรภัย <input type="checkbox"/> รองเท้านิรภัย <input type="checkbox"/> ถุงมือกันบาด <input type="checkbox"/> ถุงมืองานเชื่อม <input type="checkbox"/> ถุงมือสัมผัสอาหาร <input type="checkbox"/> เข็มขัดนิรภัยและสายช่วยชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
<p>การสัมผัสอันตรายทางชีวภาพ</p> <input type="checkbox"/> แบคทีเรีย/ไวรัส/ปรสิต <input type="checkbox"/> เชื้อรา <input type="checkbox"/> ไวรัส/แบคทีเรีย <input type="checkbox"/> แผลพุพอง/แมลงกัด <input type="checkbox"/> สารกัมมันตรังสี <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>อันตรายทางอารยศาสตร์</p> <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ นานๆ <input type="checkbox"/> การออกแรงมาก <input type="checkbox"/> การยกของหนัก/ผิดวิธี <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>การสัมผัสอันตรายจากสิ่งแวดล้อม</p> <input type="checkbox"/> การเก็บรวบรวมกากของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> การที่สภาพของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> ของเสียจากห้องพยาบาล <input type="checkbox"/> สารเคมีหกบริเวณ <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
		<p>มาตรการทางบริหารจัดการ</p> <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานมีคุณสมบัติเหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานผ่านการอบรม <input type="checkbox"/> วางแผนการทำงาน <input type="checkbox"/> ทำ Hot work permit* <input type="checkbox"/> ทำ Confine space entry permit* <input type="checkbox"/> ทำ Work at height permit* <input type="checkbox"/> ทำ Lockout/Tagout permit* <input type="checkbox"/> การตรวจอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> Material safety data sheet <input type="checkbox"/> ศึกษาวีซีเอ็มอันตราย <input type="checkbox"/> มีผู้เฝ้าระวังไฟ (fire watch) <input type="checkbox"/> เครื่องมือ/อุปกรณ์ป้องกัน <input type="checkbox"/> สื่อสารผู้ปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ออกอย่างถูกวิธี <input type="checkbox"/> อบรมพนักงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	
		<p>*ต้องจัดทำ Permit To Work สำหรับงานเมื่ออันตราย</p> <p>แผนฉุกเฉิน</p> <input type="checkbox"/> แผนฉุกเฉินและอพยพ <input type="checkbox"/> ฝึกซ้อมและแจ้งเหตุฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> เครื่องอุปกรณ์ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เครื่องมือชุดฉุกเฉินสารเคมี <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

อนุผนวก ๗ ของผนวก ก

	Safety Check Sheet (แบบฟอร์มตรวจสอบความปลอดภัย)	ชื่อหน่วยงาน
	การปฏิบัติงานด้านไฟฟ้า	
ชื่องาน..... หมายเลขใบสั่งงาน Job No.		
สถานที่..... วันที่...../...../..... เวลา.....		
	มี	ไม่มี
๑. มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายครบถ้วนหรือไม่	()	()
๒. มีการพูดคุย/ประสานงานในการประชุมโครงการหรือไม่	()	()
๓. ก่อนลื้อระบบได้แจ้งพนักงาน/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบแล้ว	()	()
๔. ก่อนปฏิบัติงานทดสอบแล้วว่าไม่มีไฟฟ้าในระบบหลังจากการตัด/ลื้ออุปกรณ์	()	()
๕. ติดป้ายแจ้งการลื้อระบบไฟฟ้า	()	()
๖. ตรวจสอบอุปกรณ์ให้พร้อมใช้งานแล้ว ก่อนทำการปลดลื้อ	()	()
๗. ก่อนปลดลื้อระบบได้แจ้งพนักงาน/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบแล้ว	()	()
ปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้อง		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ

ยศ. ชื่อ-สกุล

()
/...../.....

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน

ยศ. ชื่อ-สกุล

()
/...../.....

รายการประเมินก่อนการปฏิบัติงาน

การประเมินอันตราย		จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายและมาตรการควบคุมที่จำเป็น ดังนี้	
ระบุงานดังต่อไปนี้ที่อันตรายที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ		ระบุมาตรการควบคุมเพื่อลดหรือจำกัดความเสี่ยงขณะปฏิบัติงาน	
<p>การสัมผัสสารเคมีอันตราย</p> <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> สารกัดกร่อน/พิษ/ระคายเคือง/สารพิษ <input type="checkbox"/> ระบายหรือระเหยของ ควัน ฝุ่นผง <input type="checkbox"/> ยากำแพง <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> ไขมัน/ตะกอน/สารพิษอื่นใด <input type="checkbox"/> ฝุ่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อันตรายทางกายภาพ</p> <input type="checkbox"/> มีเสียงดัง <input type="checkbox"/> ความร้อน/ความเย็น <input type="checkbox"/> งานก่อให้เกิดความสั่น ประกายไฟ <input type="checkbox"/> งานในที่อับอากาศ <input type="checkbox"/> งานบนที่สูง <input type="checkbox"/> งานที่เกี่ยวพันกับไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากเครื่องจักร <input type="checkbox"/> อันตรายจากรถยก/รถลาก <input type="checkbox"/> การยกของผิดวิธี <input type="checkbox"/> การใช้ลิฟต์/บันไดเลื่อน/ลิฟท์ <input type="checkbox"/> ก๊าซอัดแรงดัน <input type="checkbox"/> เครื่องมือไฟฟ้า <input type="checkbox"/> วัสดุที่แหลมหรือคม <input type="checkbox"/> การเคลื่อนที่/การตก <input type="checkbox"/> อันตรายจากไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากสายพาน <input type="checkbox"/> พื้นลื่น <input type="checkbox"/> ฝุ่นจากการทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>มาตรการควบคุมทางวิศวกรรม</p> <input type="checkbox"/> ราวกันตก <input type="checkbox"/> การล่อเบี่ยงเบนเครื่องจักร <input type="checkbox"/> การปิดกั้นพื้นที่ <input type="checkbox"/> ระบบดับเพลิง/ถังดับเพลิง <input type="checkbox"/> GFCY/การต่อสายกราวด์ <input type="checkbox"/> ติดอุปกรณ์ป้องกันอื่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล</p> <input type="checkbox"/> หมวกนิรภัย <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันฝุ่น <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากชนิดเต็มอากาศ (SCBA) <input type="checkbox"/> ชุดป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> เสื้อป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากเชื่อม <input type="checkbox"/> ที่อุดกรูด <input type="checkbox"/> ที่ครอบหู <input type="checkbox"/> ไม้กั้นมือชนิดป้องกันด้านข้าง <input type="checkbox"/> ที่ครอบตา <input type="checkbox"/> กระเป๋านิรภัย <input type="checkbox"/> รองเท้ากันภัย <input type="checkbox"/> ถุงมือกันบาด <input type="checkbox"/> ถุงมืองานเชื่อม <input type="checkbox"/> ถุงมือกันความร้อน <input type="checkbox"/> เข็มขัดนิรภัยและสายชะลอชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
<p>การสัมผัสอันตรายทางชีวภาพ</p> <input type="checkbox"/> แบคทีเรีย/ไวรัส/ปรสิต/พืช <input type="checkbox"/> เชื้อรา <input type="checkbox"/> ไวรัส/แบคทีเรีย <input type="checkbox"/> แผลพุพอง/แมลงกัด <input type="checkbox"/> สารกัมมันตรังสี <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>อันตรายทางอารยศาสตร์</p> <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหว/การยกซ้ำๆ บานาน <input type="checkbox"/> การออกแรงมาก <input type="checkbox"/> การออกแรงฉับพลัน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>การสัมผัสอันตรายจากสิ่งแวดล้อม</p> <input type="checkbox"/> การเก็บรวบรวมกากของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> การที่สภาพของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> ของเสียจากห้องพยาบาล <input type="checkbox"/> สารเคมีที่รั่วไหล <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
		<p>มาตรการทางบริหารจัดการ</p> <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานมีคุณสมบัติเหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานผ่านการอบรม <input type="checkbox"/> วางแผนการทำงาน <input type="checkbox"/> ทำ Hot work permit* <input type="checkbox"/> ทำ Confine space entry permit* <input type="checkbox"/> ทำ Work at height permit* <input type="checkbox"/> ทำ Lockout/Tagout permit* <input type="checkbox"/> การตรวจอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> Material safety data sheet <input type="checkbox"/> ศึกษาวีซีเอ็มอันตราย <input type="checkbox"/> มีผู้เฝ้าระวังไฟ (fire watch) <input type="checkbox"/> เครื่องมือ/อุปกรณ์เฉพาะ <input type="checkbox"/> สื่อสารกับผู้ปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ออกอย่างถูกวิธี <input type="checkbox"/> อบรมพนักงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	
		<p>*ต้องจัดทำ Permit To Work สำหรับงานเมื่ออันตราย</p> <p>แผนฉุกเฉิน</p> <input type="checkbox"/> แผนฉุกเฉินและอพยพ <input type="checkbox"/> ฝึกซ้อมและแจ้งเหตุฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> เครื่องอุปกรณ์ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เครื่องมือกู้ชีพขั้นสูง <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

อนุผนวก ๘ ของผนวก ก

	Safety Check Sheet (แบบฟอร์มตรวจสอบความปลอดภัย)	ชื่อหน่วยงาน
	การปฏิบัติงานเกี่ยวกับสารเคมี	
ชื่องาน..... หมายเลขใบสั่งงาน Job No.		
สถานที่..... วันที่...../...../..... เวลา.....		
	มี	ไม่มี
๑. มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายครบถ้วนหรือไม่	()	()
๒. มีการระบายอากาศที่ดี (ลมเข้า-ออก) เหมาะสมปลอดภัย	()	()
๓. มีการขอใบอนุญาตทำงานถูกต้อง	()	()
๔. สารเคมีอยู่ในสถานที่เก็บเหมาะสม มีการควบคุมการเบิกจ่าย	()	()
๕. อุปกรณ์ที่ใช้กับสารเคมีเหมาะสมถูกต้องและปลอดภัย	()	()
๖. มีแสงสว่างที่ทำงานเพียงพอ	()	()
๗. มีป้ายแจ้งทำงานเกี่ยวกับสารเคมี	()	()
๘. มีอุปกรณ์และจุดล้างทำความสะอาดสารเคมี	()	()
รายชื่อผู้ปฏิบัติงาน		
๑.	๕.	
๒.	๖.	
๓.	๗.	
๔.	๘.	
ปัญหา อุปสรรค ข้อขัดข้อง		
หากมีคำตอบ " ไม่ " ในข้อใดให้แก้ไขให้เรียบร้อยก่อนการอนุญาตให้ปฏิบัติงานได้		

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ

ยศ. ชื่อ-สกุล

()

...../...../.....

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน

ยศ. ชื่อ-สกุล

()

...../...../.....

รายการประเมินก่อนการปฏิบัติงาน

การประเมินอันตราย		จัดเตรียมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายและมาตรการควบคุมที่จำเป็น ดังนี้	
ระบุงานดังต่อไปนี้ที่อันตรายที่อาจก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุ		ระบุมาตรการควบคุมเพื่อลดหรือจำกัดความเสี่ยงขณะปฏิบัติงาน	
<p>การสัมผัสสารเคมีอันตราย</p> <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> สารกัดกร่อน/พิษ/ระคายเคือง/สารพิษ <input type="checkbox"/> ระบายหรือระเหยของ ควัน ฝุ่นผง <input type="checkbox"/> ยากำแพง <input type="checkbox"/> สารไวไฟ/ติดไฟ <input type="checkbox"/> วัสดุ/ของแข็ง/สารพิษ <input type="checkbox"/> ฝุ่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อันตรายทางกายภาพ</p> <input type="checkbox"/> มีเสียงดัง <input type="checkbox"/> ความร้อน/ความเย็น <input type="checkbox"/> งานก่อให้เกิดความสั่น ปรอทสั่นไฟ <input type="checkbox"/> งานในที่อับอากาศ <input type="checkbox"/> งานบนที่สูง <input type="checkbox"/> งานที่เกี่ยวพันกับไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากเครื่องจักร <input type="checkbox"/> อันตรายจากรถยก/รถลาก <input type="checkbox"/> การยกของหนัก <input type="checkbox"/> การใช้ลิฟต์/บันไดเลื่อน/ลิฟท์ <input type="checkbox"/> ก๊าซอัดแรงดัน <input type="checkbox"/> เครื่องมือไฟฟ้า <input type="checkbox"/> วัสดุที่แหลมหรือคม <input type="checkbox"/> การเคลื่อนที่/การตก <input type="checkbox"/> อันตรายจากไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อันตรายจากสายพาน <input type="checkbox"/> พื้นลื่น <input type="checkbox"/> ฝุ่นจากการทำงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>มาตรการควบคุมทางวิศวกรรม</p> <input type="checkbox"/> ราวกันตก <input type="checkbox"/> การตัดบริเวณที่เครื่องจักร <input type="checkbox"/> การปิดกั้นพื้นที่ <input type="checkbox"/> ระบบดับเพลิง/ถังดับเพลิง <input type="checkbox"/> GFCY/การต่อสายกราวด์ <input type="checkbox"/> ติดอุปกรณ์ป้องกันอื่น <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	<p>อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล</p> <input type="checkbox"/> หมวกนิรภัย <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันฝุ่น <input type="checkbox"/> หน้ากากป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากชนิดเต็มอากาศ (SCBA) <input type="checkbox"/> ชุดป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> เสื้อป้องกันสารเคมี <input type="checkbox"/> หน้ากากเชื่อม <input type="checkbox"/> ที่อุดกรูด <input type="checkbox"/> ที่ครอบหู <input type="checkbox"/> ไม้กั้นมือชนิดป้องกันด้านข้าง <input type="checkbox"/> ที่ครอบตา <input type="checkbox"/> กระเป๋านิรภัย <input type="checkbox"/> รองเท้ากันภัย <input type="checkbox"/> ถุงมือกันบาด <input type="checkbox"/> ถุงมืองานเชื่อม <input type="checkbox"/> ถุงมือสัมผัสอาหาร <input type="checkbox"/> เข็มขัดนิรภัยและสายช่วยชีวิต <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____
<p>การสัมผัสอันตรายทางชีวภาพ</p> <input type="checkbox"/> แบคทีเรีย/ไวรัส/ปรสิต <input type="checkbox"/> เชื้อรา <input type="checkbox"/> ไวรัส/แบคทีเรีย <input type="checkbox"/> แผล/ฝี/แผลกดทับ <input type="checkbox"/> สารกัมมันตรังสี <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>อันตรายทางอารยศาสตร์</p> <input type="checkbox"/> การเคลื่อนไหวร่างกายซ้ำๆ นานๆ <input type="checkbox"/> การออกแรงมาก <input type="checkbox"/> การยกของหนัก/ผิด <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
<p>การสัมผัสอันตรายจากสิ่งแวดล้อม</p> <input type="checkbox"/> การเก็บรวบรวมกากของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> การที่สภาพของเสียอันตราย <input type="checkbox"/> ของเสียจากห้องพยาบาล <input type="checkbox"/> สารเคมีที่รั่วไหล <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____			
		<p>มาตรการทางบริหารจัดการ</p> <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานมีคุณสมบัติเหมาะสม <input type="checkbox"/> ผู้ปฏิบัติงานผ่านการอบรม <input type="checkbox"/> วางแผนการทำงาน <input type="checkbox"/> ทำ Hot work permit* <input type="checkbox"/> ทำ Confine space entry permit* <input type="checkbox"/> ทำ Work at height permit* <input type="checkbox"/> ทำ Lockout/Tagout permit* <input type="checkbox"/> การตรวจอุปกรณ์ <input type="checkbox"/> Material safety data sheet <input type="checkbox"/> ศึกษาวีซีเอ็มอันตราย <input type="checkbox"/> มีผู้เฝ้าระวังไฟ (fire watch) <input type="checkbox"/> เครื่องมือ/อุปกรณ์เฉพาะ <input type="checkbox"/> สื่อสารกับผู้ปฏิบัติงาน <input type="checkbox"/> ออกอย่างถูกวิธี <input type="checkbox"/> อบรมพนักงาน <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	
		<p>*ต้องจัดทำ Permit To Work สำหรับงานเมื่ออันตราย</p> <p>แผนฉุกเฉิน</p> <input type="checkbox"/> แผนฉุกเฉินและอพยพ <input type="checkbox"/> ฝึกซ้อมและแจ้งเหตุฉุกเฉิน <input type="checkbox"/> เครื่องอุปกรณ์ปฐมพยาบาล <input type="checkbox"/> เครื่องมือกู้ชีพขั้นสูง <input type="checkbox"/> อื่นๆ _____	

ลงชื่อผู้ตรวจสอบ
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

ลงนามโดยผู้ควบคุมงาน
 ยศ, ชื่อ-สกุล
 ()
 _____/_____/_____

วิเคราะห์สาเหตุ (Accident Analysis)

การกระทำที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Act)

- () ปฏิบัติงานโดยไม่ได้รับอนุญาต (Operating without authorization)
- () การจัดวางท่าทางการปฏิบัติงานไม่ปลอดภัย (Taking unsafe posture)
- () ปฏิบัติงานผิดขั้นตอน (Working on wrong procedure)
- () ยกเคลื่อนย้าย จับยึด ไม่ถูกต้อง หรือไม่ปลอดภัย (Unsafe lift or move or hold)
- () ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (No use Personal Protective Equipment (PPE))
- () ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลไม่ถูกต้องหรือไม่เหมาะสม (Improper used of PPE)
- () ไม่ใช้เครื่องมือ หรืออุปกรณ์ที่กำหนด (No use tools or equipment as required)
- () ใช้เครื่องมือไม่ถูกวิธี (Improper use of tools)
- () เล่น หยอกล้อ ในขณะที่ปฏิบัติงาน (Horseplaying during operation)
- () ความไม่เอาใจใส่ในงาน (Lack of attention)
- () ความพลั้งเผลอเหม่อลอย (Unconsciousness)
- () การไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบความปลอดภัย (Not follow safety rule)
- () การแต่งกายไม่เหมาะสม (Improper dress)
- () การทำงานโดยที่ร่างกายหรือจิตใจไม่พร้อมหรือผิดปกติ (Not readiness of mentality or physical)
- () การมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่องาน (Wrong attitude toward task)
- () อื่นๆ (Others).....

สภาพการทำงานที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe Condition)

- () อุปกรณ์เครื่องจักร เครื่องมือชำรุด (Defective equipment/machine/tools)
- () ระบบไฟฟ้าหรืออุปกรณ์ไฟฟ้าชำรุด หรือบกพร่อง (Defective electrical system/tools)
- () วัสดุอุปกรณ์วางไม่เป็นระเบียบ (Poor Housekeeping)
- () วิธีการทำงานไม่ปลอดภัย (Unsafe Procedures)
- () สถานที่ทำงานคับแคบหรือจำกัด (Inadequate or limited working area)
- () ขาดการอบรม (Insufficient Training)
- () ขาดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (Lack of Personal Protective Equipment (PPE))
- () ขาดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนที่อันตราย หรือส่วนที่เคลื่อนไหว (Inadequate guarding of hazards)
- () สภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัยเช่น แสง เสียง ความร้อนหรืออื่นๆ (Unsafe Envi.lighting/noise/heat/etc.)
- () ระบบระบายอากาศไม่ปลอดภัย (Unsafe exhaust system)
- () ระบบสัญญาณเตือนอันตรายชำรุด หรือไม่เพียงพอ (Defective Emergency system/tools)
- () อื่นๆ (Others).....

แนวทางการแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ (Corrective and Preventive action)

แนวทางการแก้ไข (Corrective action)

มาตรการที่จะดำเนินการ (Detail)	กำหนดเสร็จ (Target date)	ผู้รับผิดชอบ (Responsible Person)

แนวทางป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำ (Preventive action)

มาตรการที่จะดำเนินการ (Detail)	กำหนดเสร็จ (Target date)	ผู้รับผิดชอบ (Responsible Person)

ข้อเสนอแนะหรือข้อคิดเห็น ของหัวหน้าส่วนความปลอดภัย (Suggestion/comment from Safety Section Chief)

การติดตามมาตรการแก้ไขและป้องกัน (Follow up Corrective and Preventive action)

- () เสร็จเรียบร้อยตามมาตรการที่กำหนด (Completely) () อยู่ระหว่างดำเนินการหรือปรับปรุงเพิ่มเติมให้เป็นไปตามที่กำหนด (On process)
- () อื่น ๆ (ถ้ามี) โปรดระบุ (Others detail) วันที่ (Date)...../...../.....