កម្រងសំណួរវាយតម្លៃផ្នែកវេជ្ជសាស្រ្តរបស់ DOSH

ពី WAC 296-842-22005

សេចក្តីណែនាំ

និយោជក៖

* កម្រងសំណួរនេះឆ្លើយតបនឹងតម្រូវការរបស់ WAC 296-842-14005។
* អ្នកត្រូវតែប្រាប់និយោជិករបស់អ្នកពីរបៀបបញ្ជូន ឬផ្ញើរកម្រងសំនួរដែលបានបំពេញរួចជូនទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលអ្នកបានជ្រើសរើស។
* អ្នក**មិន**ត្រូវ​​ពិនិត្យឡើងវិញនូវកម្រង​សំណួររបស់​និយោជិកឡើយ។

អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព៖

* ពិនិត្យឡើងវិញនូវព័ត៌មាននៅក្នុងកម្រងសំណួរនេះ និងរាល់ព័ត៌មានបន្ថែមដែលផ្តល់ឱ្យអ្នកដោយនិយោជក។
* អ្នកអាចបន្ថែមសំណួរទៅកម្រងសំណួរនេះតាមការសម្រេចចិត្តរបស់អ្នក៖ ប៉ុន្តែសំណួរនៅផ្នែក 1-3 មិនអាចលុបចោល ឬផ្លាស់ប្តូរនោះទេ។
* ការតាមដានលើការវាយតម្លៃ គឺចាំបាច់ត្រូវធ្វើសម្រាប់រាល់ការឆ្លើយតបជាវិជ្ជមានចំពោះសំណួរ 1-8 ក្នុងផ្នែកទី 2, ឬសំណួរទី 1-6 ក្នុងផ្នែកទី 3។ នេះអាចរួមបញ្ចូល៖ ការពិគ្រោះយោបល់តាមទូរស័ព្ទដើម្បីវាយតម្លៃការឆ្លើយតបជាវិជ្ជមាន, ការធ្វើតេស្តវេជ្ជសាស្ត្រ, និងនីតិវិធីធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។
* នៅពេលការវាយតម្លៃរបស់អ្នកបានបញ្ចប់, សូមផ្ញើអនុសាសន៍ជាលាយលក្ខណ៍អក្សរមួយច្បាប់របស់អ្នកទៅនិយោជក និងនិយោជិក។​

និយោជិក៖

* និយោជករបស់អ្នក ត្រូវតែអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកឆ្លើយកម្រងសំណួរនេះក្នុងម៉ោងធ្វើការធម្មតា ឬនៅពេលវេលានិងកន្លែងដែលងាយស្រួលសម្រាប់អ្នក។
* និយោជិក ឬអ្នកត្រួតពិនិត្យរបស់អ្នកមិនត្រូវមើល ឬពិនិត្យចម្លើយរបស់អ្នកនៅគ្រប់ពេលវេលា។

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ផ្នែកទី 1 - ព័ត៌មានអំពី**ប្រ**វត្តិបុគ្គលិក** |  | | |  | | |  |
| **រាល់និយោជិកទាំងអស់ត្រូវតែបំពេញផ្នែកនេះ** |  | | |  | | |  |
| **សូម​សរសេរ** |  | | |  | | |  |
| 1. កាលបរិច្ឆេទ​ថ្ងៃ​នេះ៖ |  | | |  | | |  |
| 2. ឈ្មោះ​របស់​អ្នក៖ |  | | |  | | |  |
| 3. អាយុរបស់អ្នក (ដល់ឆ្នាំជិតបំផុត)៖ |  | | |  | | |  |
| 4. ភេទ (គូសរង្វង់មួយ)៖ ប្រុស / ​ស្រី |  | | |  | | |  |
| 5. កម្ពស់​របស់​អ្នក៖ ហ្វីត អ៊ីញ. |  | | |  | | |  |
| 6. ទម្ងន់របស់អ្នក៖ ផោន. |  | | |  | | |  |
| 7. មុខតំណែងការងាររបស់អ្នក៖ |  | | |  | | |  |
| 8. លេខទូរស័ព្ទដែលអ្នកអាចទាក់ទងបានដោយអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពដែលពិនិត្យកម្រងសំណួរនេះ (រួមទាំងលេខកូដតំបន់)៖ | | | | | | | |
| 9. ពេលវេលាល្អបំផុតដើម្បីហៅទូរស័ព្ទមកអ្នកតាមលេខនេះ៖ |  | | |  | | |  |
| 10. តើនិយោជករបស់អ្នកបានប្រាប់អ្នកពីរបៀបទាក់ទងអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពដែលនឹង ពិនិត្យមើលកម្រងសំណួរនេះឬទេ? | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| 11. ពិនិត្យប្រភេទនៃប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើមដែលអ្នកនឹងប្រើ៖ |  | | |  | | |  |
| ​ក. N, R, or P ប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើម​តម្រងពាក់លើមុខ (ឧទាហរណ៍, ម៉ាសការពារធូលី **ឬ** ប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើម​​តម្រង​ពាក់លើមុខ N95)។ | | | | | | | |
| ខ. គូសធីកទាំងអស់ដែលអនុវត្ត។ |  | | |  | | |  |
| ម៉ាសពាក់កណ្តាល ម៉ាសពេញមុខ មួកសុវត្ថិភាព ការជៀសវាង |  | | |  | | |  |
| ដុំកាត់ទ្រីដអត់ថាមពល ឬកំប៉ុងដែក ប្រដាប់ជំនួយ​ដក​ដង្ហើមប្រើកាត់ទ្រីដ​​​ដែល​បន្សុទ្ធ​ខ្យល់​​​​ ដោយប្រើថាមពល​ ​​(PAPR) |  | | |  | | |  |
| ផ្គត់ផ្គង់ខ្យល់ ឬបណ្តាញលំហូរខ្យល់ |  | | |  | | |  |
| ប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើមមានដាក់អុកស៊ីសែនពាក់នៅខ្នង(SCBA)៖ តម្រូវការ ឬ  តម្រូវការសម្ពាធ |  | | |  | | |  |
| ផ្សេងទៀត៖ |  | | |  | | |  |
| 12. តើអ្នកធ្លាប់ពាក់ប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើមពីមុនដែរឬទេ? | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| បើ “បាទ/ចាស” សូមពិពណ៌នាអំពីប្រភេទអ្វីខ្លះ៖ |  | | |  | | |  |
| **ផ្នែកទី 2 - ព័ត៌មានសុខ**ភាព**ទូទៅ** |  | | |  | | |  |
| **រាល់បុគ្គលិកទាំងអស់ត្រូ​វតែបំពេញ​ផ្នែកនេះ** |  | | |  | | |  |
| **សូមគូសរង្វង់​ “បាទ/ចាស” ឬ “ទេ”** |  | | |  | | |  |
| 1. តើអ្នក *បច្ចុប្បន្ន*​នេះមានជក់បារី ឬបានអ្នកជក់បារី​កាលពីខែមុនដែរឬទេ? | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| 2. តើអ្នក *ធ្លាប់មាន*លក្ខណៈដូចខាងក្រោមដែរឬទេ? |  | | |  | | |  |
| ក. ជំងឺប្រកាច់ (ឆ្កួតជ្រូក)៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ខ. ជំងឺទឹកនោមផ្អែម (ជំងឺជាតិស្ករ)៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| គ. ប្រតិកម្មអាឡែហ្ស៊ីដែលរំខានដល់ការដកដង្ហើមរបស់អ្នក៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ឃ. ជំងឺខ្លាចកន្លែងចង្អៀត ឬបិទជិត (Claustrophobia) (ការភ័យខ្លាចកន្លែងបិទជិត)៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ង. ពិបាកធុំក្លិនស្អុយ៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| 3. តើអ្នក*ធ្លាប់មាន*បញ្ហាសួត ឬជំងឺសួតដូចខាងក្រោមដែរឬទេ? |  |  | | |  | | |
| ក. ជំងឺរលាកសួត៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ខ. ជំងឺហឺត៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| គ. ជំងឺរលាកទងសួតរ៉ាំរ៉ៃ៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ឃ. ជំងឺហើមសួត៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ង. ជំងឺហើមទងសួត៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ច. ជំងឺរបេង៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ឆ. ជំងឺសួតដោយហឺតយកសារធាតុសីលីកា៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ជ. ជំងឺខ្យល់ក្នុងស្រោមសួត​ (សួតដែលខូច)៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ឈ. មហារីក​សួត៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ញ. ឆ្អឹងជំនីបាក់៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ដ. ការរងរបួសដើមទ្រូង ឬការវះកាត់៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ថ. បញ្ហាសួតផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវបានគេប្រាប់អំពី៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| 4. តើ*បច្ចុប្បន្ន* អ្នកមានរោគសញ្ញានៃជំងឺសួត ឬសួតដូចខាងក្រោមដែរឬទេ? |  |  | | |  | | |
| ក. ដង្ហើមខ្លី៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ខ.ដង្ហើមខ្លីពេលដើរយ៉ាងលឿននៅលើផ្ទៃដីរាប ឬដើរឡើងជម្រាលភ្នំ ឬចំណោត៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| គ. ដង្ហើមខ្លីពេលដើរជាមួយមនុស្សផ្សេងក្នុងល្បឿនធម្មតា​នៅ​លើផ្ទៃ​ដីរាប៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ឃ. ត្រូវឈប់ដើម្បីដកដង្ហើម ពេលដើរតាមល្បឿនផ្ទាល់ខ្លួន​លើផ្ទៃ​ដីរាប៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ង. ដង្ហើមខ្លីពេលបោកគក់ ឬស្លៀកពាក់ខ្លួនឯង៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ច. ដង្ហើមខ្លីដែលរំខានដល់ការងាររបស់អ្នក៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ឆ. ការក្អកដែលមានស្លេស (កំហាកក្រាស់)៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ជ.ការក្អកដែលធ្វើឱ្យអ្នកភ្ញាក់ពេលព្រឹកព្រលឹម៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ឈ. ការក្អកដែលកើតឡើងភាគច្រើននៅពេលអ្នកកំពុងដំរៀតខ្លួនគេង៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ញ. ក្អកមានឈាមក្នុងខែមុន៖ | បាទ/ចាស | / | | | ទេ | | |
| ដ. ដកដង្ហើមដង្ហក់៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ថ. ដកដង្ហើមដង្ហក់ដែលអាចរំខានដល់ការងាររបស់អ្នក៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ឌ. ការឈឺទ្រូងពេលដកដង្ហើមវែង៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ឍ. រោគសញ្ញាផ្សេងទៀតដែលអ្នកគិតថាអាចទា​ក់ទងនឹង​បញ្ហាសួត៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| 5. តើអ្នក*ធ្លាប់មាន បញ្ហាបេះដូង - សរសៃឈាម​ ឬជំងឺបេះដូងដូចខា​ង​ក្រោមដែរឬទេ?* | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ក. គាំងបេះដូង៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ខ. ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| គ. ឈឺចាប់ដើមទ្រូង៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ឃ. ជំងឺខ្សោយបេះដូង៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ង. ហើមជើង ឬប្រអប់ជើង (មិនបណ្តាលមកពីការដើរ)៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ច. ចង្វាក់បេះដូងលោតញាប់ (ចង្វាក់បេះដូងលោ​តមិនប្រក្រតី)៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ឆ. សម្ពាធ​ឈាម​ខ្ពស់៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ជ. បញ្ហាបេះដូងផ្សេងទៀតដែលអ្នកត្រូវបានគេប្រាប់អំពី៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| 6. តើអ្នក*ធ្លាប់មាន*រោគសញ្ញាសរសៃឈាម​ ឬជំងឺបេះដូងដូចខាងក្រោមដែរឬទេ? |  | | |  | | |  |
| ក. ឈឺ ឬតឹងក្នុងទ្រូងញឹកញាប់៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ខ. ឈឺចាប់ ឬតឹងក្នុងទ្រូងអំឡុងពេលហាត់ប្រាណ៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| គ. ឈឺចាប់ ឬតឹងក្នុងទ្រូងដែលរំខានដល់ការងាររបស់អ្នក៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ឃ. ក្នុងរយៈពេល 2 ឆ្នាំកន្លងមកនេះ, តើអ្នកបានកត់សម្គាល់ឃើញថាការកន្ត្រាក់​បេះដូងរបស់អ្នកមិនលោតត្រឹមត្រូវ ឬ​លោតខុសចង្វាក់ទៅ៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ង.ការក្រហាយទ្រូង ឬការមិនរំលាយអាហារដែលមិនទាក់ទងនឹងការបរិភោគ៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ច. រោគសញ្ញាផ្សេងទៀតដែលអ្នកគិតថា​អាចទាក់ទ​ងនឹង​បញ្ហាបេះដូង ឬចលនាឈាមរត់៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| 7. តើ*បច្ចុប្បន្ននេះ* អ្នក​ប្រើថ្នាំសម្រាប់​បញ្ហាណាមួយ​ដូច​ខាងក្រោមដែរឬទេ? | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ក. បញ្ហាដង្ហើម ឬសួត៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ខ. បញ្ហាបេះដូង៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| គ. សម្ពាធ​ឈាម៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ឃ. ជំងឺប្រកាច់ (ឆ្កួតជ្រូក)៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| 8. ប្រសិនបើអ្នកបានប្រើប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើម, តើអ្នក*ធ្លាប់​មាន*​បញ្ហាដូចខាងក្រោមដែរឬទេ? (ប្រសិនបើអ្នកមិនធ្លាប់ប្រើប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើមទេ សូមពិនិត្យមើលចន្លោះខាងក្រោម ហើយចូលទៅកាន់សំណួរទី 9)៖ |  | | |  | | |  |
| ក. រលាកភ្នែក៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ខ. អាឡែរហ្សី ឬកន្ទួលលើស្បែក៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| គ. ការថប់បារម្ភ៖ | បាទ/ចាស | | | / | | | ទេ |
| ឃ. ភាពទន់ខ្សោយទូទៅ ឬអស់កម្លាំង៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| ង. មានបញ្ហាអ្វីផ្សេងទៀតដែលរំខានដល់ការប្រើប្រាស់ប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើមរបស់អ្នក? | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| 9. តើអ្នកចង់និយាយជាមួយអ្នកជំនាញថែទាំសុខភាពដែលនឹងពិនិត្យមើលកម្រងសំណួរនេះអំពីចម្លើយរបស់អ្នកទេ? | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| **ផ្នែកទី 3 - សំនួរបន្ថែមសម្រាប់អ្នកប្រើប្រាស់ឧបករណ៍ជំនួយដកដង្ហើមមានដាក់អុកស៊ីសែនពាក់នៅខ្នង​​ ឬ SCBAs** |  | |  | | |  | |
| **សូមគូសរង្វង់ “បាទ/ចាស” ឬ “ទេ”** |  | |  | | |  | |
| 1. តើអ្នក *ធ្លាប់បាត់បង់*ចក្ខុវិញ្ញាណ​ក្នុងភ្នែក​ទាំង​សង​ខាង (បណ្តោះអាសន្ន ឬអចិន្ត្រៃយ៍) ទេ? | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| 2. តើ*បច្ចុប្បន្ននេះ*អ្នកមានបញ្ហាចក្ខុវិញ្ញាណណាមួយដែរឬទេ? |  | |  | | |  | |
| ក. ត្រូវពាក់កញ្ចក់លេនស៍​៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| ខ. ត្រូវពាក់វ៉ែនតា៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| គ.​ ភ្នែកពិការពណ៌៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| ឃ. បញ្ហាភ្នែក ឬចក្ខុវី​ញ្ញាណផ្សេងទៀត៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| 3. តើអ្នក*ធ្លាប់មាន*របួសត្រចៀកទេ រួមទាំង​ដាច់ក្រដាសត្រចៀក​ដែរឬទេ? | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| 4. តើ*បច្ចុប្បន្ននេះ*អ្នកមានបញ្ហាត្រចៀក​ដែរឬទេ? |  | |  | | |  | |
| ក. ការពិបាកក្នុងការស្តាប់៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| ខ. ត្រូវការពាក់ឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| គ. បញ្ហាការស្តាប់ ឬត្រចៀកផ្សេងទៀត៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| 5. តើអ្នក*ធ្លាប់មាន*របួសខ្នងទេ? | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| 6. តើ*បច្ចុប្បន្ននេះ* ​អ្នកមានបញ្ហាសាច់ដុំដូច​ខាង​ក្រោមដែរឬទេ? |  | |  | | |  | |
| ក. ​ទន់ខ្សោយនៅក្នុងដៃ, ប្រអប់ដៃ​, ជើង ឬប្រអប់ជើងណាមួយរបស់អ្នក៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| ខ. ឈឺខ្នង៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| គ. ​ពិបាកក្នុងការធ្វើចលនាពេញលេញដោយដៃនិងជើងរបស់អ្នក៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| ឃ. ឈឺចាប់ ឬរឹងនៅពេលអ្នកផ្អៀងទៅមុខ ឬថយក្រោយត្រង់ចង្កេះ៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| ង. ​ពិបាកក្នុងការផ្លាស់ប្តូរក្បាលរបស់អ្នកឡើងលើ ឬចុះក្រោមយ៉ាងពេញលេញ៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| ច. ​ពិបាកក្នុងការកម្រើកផ្នែកក្បាលរបស់អ្នកពីមួយចំហៀងទៅចំហៀង៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| ឆ. ពិបាកពត់ត្រង់ជង្គង់របស់អ្នក៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| ជ. ​ពិបាកអង្គុយចោងហោងនៅលើដី៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| ឈ. ការឡើងជណ្តើរខ្ពស់ ឬជណ្តើរកាំដែលផ្ទុកលើសពី 25 ផោន៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |
| ញ. បញ្ហាសាច់ដុំ ឬគ្រោងឆ្អឹងផ្សេងទៀតដែលរំខានដល់ការប្រើប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើម៖ | បាទ/ចាស | | / | | | ទេ | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ផ្នែកទី 4 - សំណួរដែលមិនចាំបាច់** |  | |  |  |
| **បំពេញសំណួរនៅក្នុងផ្នែកនេះ ប្រសិនបើ​អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពនៃនិយោជករបស់អ្នកនិយាយថាវាចាំបាច់ណាស់តែប៉ុណ្ណោះ ។** | | | | |
| 1. នៅក្នុងការងារបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក, តើអ្នកកំពុងធ្វើការនៅកម្ពស់ខ្ពស់ (ជាង 5,000 ហ្វីត) ឬនៅកន្លែងដែលទាបជាងបរិមាណអុកស៊ីសែនធម្មតា? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ប្រសិនបើ “បាទ/ចាស” តើអ្នកមានអារម្មណ៍វិលមុខ, ដង្ហើមខ្លី,​ ញ័រទ្រូង, ឬ  រោគសញ្ញាផ្សេងទៀតនៅពេលអ្នកកំពុងធ្វើការក្រោមលក្ខខណ្ឌទាំងនេះ៖ | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| 2. តើអ្នកធ្លាប់បានប៉ះពាល់នឹងសារធាតុរំលាយដែលមានគ្រោះថ្នាក់, សារធាតុគីមីក្នុងខ្យល់ដែលមានគ្រោះថ្នាក់ (ដូច​ជា​ឧស្ម័ន, ផ្សែង ឬធូលី) **ឬ** តើ​អ្នកមានបញ្ហាស្បែកប៉ះពាល់ជាមួយនឹងសារធាតុគីមីដែលមានគ្រោះថ្នាក់ដែឬ​ទេ? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| បើ “បាទ/ចាស”, សូមដាក់ឈ្មោះសារធាតុគីមី​ ប្រសិ​ន​បើអ្ន​ក​ស្គាល់​វា៖ |  | |  |  |
| 3. តើអ្នកធ្លាប់បានធ្វើការជាមួយសម្ភារៈ ឬក្រោមលក្ខខណ្ឌណាមួយដូចមានរាយខាងក្រោម៖ | | | | |
| ក. អាបស្តូស? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ខ. ស៊ីលីកា (ឧទាហរណ៍, នៅក្នុងការបូមខ្សាច់)? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| គ. តង់ស៊ីន / កូឡាជែន (ឧទាហរណ៍, កិន ឬផ្សារដែកសម្ភារៈនេះ)? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ឃ. ប៊ីរីល្យូម? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ង. អាលុយមីញ៉ូម? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ច. ធ្យូងថ្ម (ឧទាហរណ៍, ការ​រ៉ែ)? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ឆ. ដែក? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ជ. សំណប៉ាហាំង? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ឈ. បរិស្ថានហ៊ុយធូលី? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ញ. ការបង្ហាញគ្រោះថ្នាក់ផ្សេងទៀត? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| បើ “បាទ/ចាស” សូមពិពណ៌នាអំពីការប៉ះពាល់ទាំងនេះ៖ |  | |  |  |
| 4. រាយបញ្ជីការងារទី 2 ឬជំនួញបន្ទាប់បន្សំដែលអ្នកមាន៖ |  | |  |  |
| 5. រាយបញ្ជីការងារមុនៗរបស់អ្នក៖ |  | |  |  |
| 6. រាយបញ្ជីទម្លាប់បច្ចុប្បន្ន និងពីមុនរបស់អ្នក៖ |  | |  |  |
| 7. តើអ្នកធ្លាប់បានចូលបំរើយោធា​ដែរឬទេ? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| បើ “បាទ/ចាស”, តើអ្នកត្រូវបានប៉ះពាល់នឹងភ្នាក់ងារ​ជីវសាស្ត្រ​ ឬគីមី (ទាំងនៅក្នុងការបណ្តុះបណ្តាល ឬការប្រយុទ្ធ)? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| 8. តើអ្នកធ្លាប់ធ្វើការនៅក្រុម HAZMAT ទេ? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| 9. ក្រៅពីថ្នាំសម្រាប់ការផ្លូវដង្ហើម និងបញ្ហាសួត, បញ្ហាបេះដូង, សម្ពាធឈាម និងជំងឺប្រកាច់ដែលបានរៀបរាប់ខាងលើនៅក្នុងកម្រងសំណួរនេះ, តើអ្នកកំពុងប្រើថ្នាំដទៃទៀតដោយហេតុផលណាមួយ (រួមទាំងថ្នាំដែល​បានពីបព្ជារលក់ថ្នាំ)? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| បើ “បាទ/ចាស” សូមប្រាប់ឈ្មោះថ្នាំ​ ប្រសិនបើអ្នកស្គាល់វា៖ |  | |  |  |
| 10. តើអ្នកនឹងប្រើរបស់ដូចខាងក្រោមជាមួយប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើមរបស់អ្នកទេ? |  | |  |  |
| ក.តម្រង HEPA ៖ | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ខ. កំប៉ុងដែក (ឧទាហរណ៍, ម៉ាសឧស្ម័ន)៖ | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| គ. ដុំកាត់ទ្រីដ៖ | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| 11. តើអ្នករំពឹងថានឹងប្រើប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើមញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? |  | |  |  |
| ក. សម្រាប់តែការជៀសវាង (គ្មានការជួយសង្គ្រោះទេ)៖ | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ខ. សម្រាប់តែការសង្គ្រោះបន្ទាន់ប៉ុណ្ណោះ៖ | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| គ. តិចជាង 5 ម៉ោង *ក្នុងមួយសប្តាហ៍*៖ | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ឃ. តិចជាង 2 ម៉ោង *ក្នុងមួយថ្ងៃ*៖ | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ង. 2 ទៅ 4 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ៖ | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ច. លើសពី 4 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ៖ |  | |  |  |
| 12. ក្នុងអំឡុងពេលដែលអ្នកកំពុងប្រើប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើម គឺជាការខិតខំប្រឹងប្រែងរបស់អ្នក៖ |  | |  |  |
| ក. *ការងារស្រាល* (តិចជាង 200 kcal ក្នុងមួយម៉ោង)៖ | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ប្រសិនបើ “បាទ/ចាស” តើរយៈពេលនេះមានយូរ​ប៉ុន្មានក្នុងការវេន​មធ្យម៖  ម៉ោង នាទី |  | |  |  |
| ឧទាហរណ៏នៃកិច្ចខិតខំប្រឹងប្រែងការងារស្រាលគឺកំពុងអង្គុយខណៈពេលកំពុងសរសេរវាយ, ធ្វើសេចក្តីព្រៀង ឬអនុវត្តការងារ​ប្រជុំតិចតួច។ ឬ​ឈរខណៈពេលកំពុងដំណើរការម៉ាស៊ីនខួង (1-3 ផោន) ឬគ្រប់គ្រងបញ្ជាម៉ាស៊ីន។ | | | | |
| ខ. *ការងារល្មម* (200 ទៅ 350 kcal ក្នុងមួយម៉ោង)៖ | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ប្រសិនបើ “បាទ/ចាស” តើរយៈពេលនេះមានយូរប៉ុន្មានក្នុងការវេនមធ្យម​៖  ម៉ោង នាទី |  | |  |  |
| ឧទាហរណ៏នៃ​ការងារកម្រិតមធ្យមកំពុងអង្គុយខណៈពេលដែលដំដែកគោល ឬរៀបឯកសារ; បើកបរឡានដឹកទំនិញ ឬឡានក្រុងក្នុងចរាចរណ៍ទីក្រុង; ឈរខណៈពេលខួង,​ដំដែកគោល, បំពេញ​ការងារប្រជុំ ឬផ្ទេរបន្ទុកល្មម (ប្រហែល 35 ផោន) កម្រិតដងខ្លួន, ដើរនៅលើកម្រិតផ្ទៃប្រហែល 2 ម៉ាយល៍ក្នុងមួយម៉ោង ឬចុះជាន់ទី 5 ដឺក្រេប្រហែល 3 ម៉ាយល៍ក្នុងមួយម៉ោង; ឬ រុញរទេះរុញដោយផ្ទុកចំណុះធ្ងន់ (ប្រហែល 100 ផោន) លើផ្ទៃកម្រិត។ | | | | |
| គ. *ការងារធ្ងន់* ( (លើស 350 kcal ក្នុងមួយម៉ោង)៖ | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| ប្រសិនបើ “បាទ/ចាស”, តើរយៈពេលនេះមានរយៈពេលប៉ុន្មានក្នុងកំឡុងពេលវេនមធ្យម៖  ម៉ោង នាទី​ |  |  | |  |
| ឧទាហរណ៏នៃការងារធ្ងន់ត្រូវបានលើកបន្ទុកធ្ងន់ (ប្រហែល 50 ផោន) ពីឥដ្ឋមកត្រឹមចង្កេះ ឬស្មារបស់អ្នក; ធ្វើការនៅលើផែផ្ទុកទំនិញ​មួយ; ចូកប៉ែល; ឈរខណៈពេលកំពុងរៀបឥដ្ឋ ឬឆាបដែក, ដើរឡើ​ងជាន់​ 8 ដឺក្រេ  ប្រហែល 2 ម៉ាយល៍ក្នុងមួយម៉ោង; ឡើងជណ្តើរជាមួយនឹងបន្ទុកធ្ងន់ (ប្រហែល 50 ផោន)។ | | | | |
| 13. តើអ្នកនឹងស្លៀកសម្លៀកបំពាក់ការពារ និង/ឬឧបករណ៍ (ក្រៅពីប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើម​)  ពេលអ្នកកំ​ពុងប្រើឧបករណ៍​ដកដង្ហើ​មរបស់អ្នកឬទេ? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| បើ “បាទ/ចាស” ពិពណ៌នាអំពីសម្លៀកបំពាក់ និង/ឬឧបករណ៍ការពារនេះ៖ |  | |  |  |
| 14. តើអ្នកនឹងធ្វើការក្រោមលក្ខខណ្ឌសីតុណ្ហភាពក្តៅទេ (សីតុណ្ហភាពលើសពី 77°F)៖ | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| 15. តើអ្នកនឹងធ្វើការក្រោមលក្ខខណ្ឌសីតុណ្ហភាពសើមទេ? | បាទ/ចាស | | / | ទេ |
| 16. ពិពណ៌នាការងារដែលអ្នកនឹងកំពុងធ្វើនៅពេលប្រើប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើមរបស់អ្នក៖ | | | | |
| 17. រៀបរាប់ពីលក្ខខណ្ឌពិសេស ឬគ្រោះថ្នាក់ណាមួយដែលអ្នកអាចនឹងជួបប្រទះនៅពេលអ្នកកំពុងប្រើប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើម (ឧទាហរណ៍, កន្លែងចង្អៀត, ហ្គាសដែលមានគ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត)៖ | | | | |
| 18. ផ្តល់នូវព័ត៌មានខាងក្រោម ប្រសិនបើអ្នកដឹង, សម្រាប់សារធាតុពុលនីមួយៗដែលអ្នកនឹងត្រូវប៉ះពាល់ នៅពេលណាអ្នកកំពុងប្រើប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើមរបស់អ្នក៖ | | | | |
| ឈ្មោះនៃសារធាតុពុលទីមួយ៖ | | | | |
| ប៉ាន់ស្មានកម្រិតនៃការប៉ះពាល់អតិបរិមាក្នុងមួយវេន៖ | | | | |
| រយៈពេលនៃការប៉ះពាល់ក្នុងមួយវេន | | | | |
| ឈ្មោះសារធាតុពុលទី 2 ៖ | | | | |
| ប៉ាន់ស្មានកម្រិតនៃការប៉ះពាល់អតិបរិមាក្នុងមួយវេន៖ | | | | |
| រយៈពេលនៃការប៉ះពាល់ក្នុងមួយវេន៖ | | | | |
| ឈ្មោះសារធាតុពុលទីបី៖ | | | | |
| ប៉ាន់ស្មានកម្រិតនៃការប៉ះពាល់អតិបរិមាក្នុងមួយវេន៖ | | | | |
| រយៈពេលនៃការប៉ះពាល់ក្នុងមួយវេន៖ | | | | |
| ឈ្មោះសារធាតុពុលផ្សេងទៀតដែលអ្នកនឹងត្រូវ​ប៉ះពាល់ នៅពេលប្រើប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើមរបស់អ្នក៖ | | | | |
| 19. រៀបរាប់ពីទំនួលខុសត្រូវពិសេសណាមួយដែលអ្នកនឹងមាននៅពេលប្រើប្រដាប់ជំនួយដកដង្ហើមរបស់អ្នកដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សុវត្ថិភាព និងសុខុមាលភាពរបស់អ្នកដទៃ (ឧទាហរណ៍, ការជួយសង្គ្រោះ, សន្តិសុខ)។ | | | | |

[អាជ្ញាធរលក្ខន្តិក៖ RCW 49.17.010, .040, .050, និង .060. 17-18-075 (បទបញ្ជា 16-17) § 296-842-22005 ដាក់ពាក្យបណ្តឹងថ្ងៃទី 09/05/2017 មានប្រសិទ្ធភាព 10/06/2017. អាជ្ញាធរច្បាប់៖ RCW 49.17.050. 09-19-119 (បទបញ្ជា 09-02), 296-842-22005, ដាក់ពាក្យសុំ 09/22/09, មានប្រសិទ្ធិភាព 12/01/09. អាជ្ញាធរច្បាប់៖ RCW 49.17.010, .040, .050, និង .060. 07-05-07272 (បទបញ្ជា 06-39) § 296-842-22005 ដាក់ពាក្យបណ្តឹងថ្ងៃទី 02/20/07, មានប្រសិទ្ធិភាព 04/01/07. អាជ្ញាធរច្បាប់៖ RCW 49.17.010, .040, .050, និង .060. 03-20-114 (បទបញ្ជា 02-12) § 296-842-22005 ដាក់ពាក្យបណ្តឹង 10/01/03 ប្រសិទ្ធភាព 01/01/04.]