



BAHAGIAN PERSEKITARAN, KESELAMATAN DAN KESIHATAN PEKERJAAN
BORANG SOAL SELIDIK PENDUDUK BANGUNAN
KUALITI UDARA DALAMAN

Soal selidik ringkas ini diberi kepada anda untuk membantu mengenalpasti punca berpotensi bagi bahan pencemaran kualiti udara dalam (IAQ) dan untuk mengenal pasti kesan memudaratkan ke atas kesihatan yang mungkin berkaitan dengan pendedahan bahan pencemaran ini. Jawapan anda akan kekal sulit. Sila lengkapkan borang ini setepat yang mungkin sebelum mengembalikan kepada kami.

Tarikh: _____

A. Maklumat Am

1. PTj/ Fakulti / Pejabat/ Bahagian: _____

2. Lokasi : _____

B. Faktor latar belakang

1. Jantina: Lelaki Perempuan

2. Umur: _____

3. Adakah anda merokok? Ya Tidak Kadangkala

C. Perihal pekerjaan

1. Jawatan: _____

2. Berapa lama anda telah bekerja di tempat kerja anda sekarang? _____ tahun _____ bulan

3. Tempoh masa yang diluang dalam sehari di stesen kerja utama anda: _____ jam

4. Perihal ringkas tentang kerja anda:

D. Keadaan Persekitaran

1. Jenis stesen kerja: Bilik tertutup Konsep terbuka

2. Bilangan orang yang berkongsi stesen kerja dengan anda: _____

3. Bagaimanakah kawasan anda dinyamanudarkan? Unit pusat Unit setempat

4. Sila nyatakan jika anda bekerja menggunakan atau berdekatan kelengkapan yang berikut:

	Setiap hari	2-3 kali seminggu	Tidak pernah
a) Mesin taip	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Unit paparan video/komputer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Mesin fotokopi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Mesin faksimile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Pernahkah anda diganggu dalam tiga (3) bulan kebelakangan ini oleh mana-mana faktor yang berikut di stesen kerja/tempat kerja anda?

	Ya, sering (setiap minggu)	Ya, kadang-kala	Tidak, tidak pernah
a) Drauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Suhu bilik terlalu tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Suhu bilik berbeza-beza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Suhu bilik terlalu rendah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Udara pengap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Udara kering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Bau yang tidak selesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Merokok pasif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Habuk dan kotoran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Penyakit/ Gejala Lampau/Sekarang

	Ya	Tidak
1. Pernahkah anda mengalami masalah asma? Jika ya, bilakah bermula gejala tersebut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pernahkah anda mengalami sinusitis? Jika ya, bilakah bermula gejala tersebut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pernahkah anda mengalami ekzema? Jika ya, bilakah bermula gejala tersebut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Dalam tiga (3) bulan kebelakangan ini, pernahkah anda mengalami apa-apa gejala yang berikut di tempat kerja? (Jawab setiap soalan sekalipun anda tidak mengalami apa-apa gejala)

	Jika ya, adakah anda percaya ia disebabkan persekitaran kerja anda?				
	Ya, sering (setiap minggu)	Ya, kadangkala (2-3 kali/minggu)	Tidak, tidak pernah	Ya	Tidak
a) Sakit kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Rasa berat kepala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Lesu/ tidak bermaya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Rasa mengantuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Pening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Loya/muntah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Batuk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Hidung tersumbat, merengsakan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Tekak kering, kesat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Ruam/gatal kulit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Kerengsaan mata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Kulit kepala/ telinga bersisik/ gatal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Bilangan hari anda tidak datang bekerja dalam bulan lalu kerana masalah di atas:

_____ hari

6. Bilakah masalah ini berlaku?

- Pagi
 Tengah hari
 Tiada trend yang ketara

7. Bilakah anda berasa lega daripada masalah ini?

- Selepas meninggalkan stesen kerja
 Selepas meninggalkan bangunan
 Tiada trend yang ketara

8. Jika anda perempuan, adakah anda sedang hamil? Ya Tidak