|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| کد مدرک: FO052/01 | | | | | | **فرم گزارش اوليه حادثه** | | | | | | | | | |  | | | | |
| دفتر مرکزی □ پروژه □ كارگاه ............................................... | | | | | | | | | | | | | | | | شرکت پدیده رویای قرن | | | | |
| الف)شرح : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تاريخ حادثه : روز حادثه : ساعت وقوع : محل وقوع : شرايط جوي آب و هوايي : **مختصري از شرح حادثه :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **نوع :** شبه حادثه 🞎 حادثه 🞎 | | | | | | | | | | | سطح حادثه : 0🞎 1🞎 2 🞎 3 🞎 4 🞎 5 🞎 6🞎 | | | | | | | | | |
| **ب) مشخصات فرد/ افراد آسيب ديده :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آموزش H.S.E  (به ساعت) | وضعيت نهايي حادثه ديده | | | عضويت | تاریخ استخدام | سابقه کار در شغل مربوطه | | | عنوان شغلی | ملیت | تحصيلات | | سن | شیفت کاری  (روز/ شب) | | | مجرد/متأهل | نام خانوادگي | | نام |
| عضو حادثه ديده | فوت / جرح | |
|  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | | |  |  |  | |  |  | | |  |  | |  |
| ميزان تقريبي هزينه درمان و دارو : | | | برآورد ميزان خسارت ريالي(منهاي ديه) : | | | | | آیا این حادثه نیاز به گزارش تکمیلی دارد؟ بله 🞎خیر🞎 | | | | | | | آیا این حادثه نیاز به ریشه یابی حادثه دارد؟ بله 🞎خير 🞎 | | | | | |
| **شرايط ناايمن(عوامل طبيعي و محيطي) :** | | | | | | | | | | | | **اعمال ناايمن(خطاي انساني) :** | | | | | | | | |
| 🞎عدم استفاده از ابلاغيه ها و آئين نامه ها و صادره  🞎عدم آگاهي فرد از خطرات فعاليت محوله  🞎صدور روش هاي اجرايي ناايمن و دستور غلط از سوي مسئولين مربوطه  🞎 ... | | | | 🞎 اعمال بالقوه حريق  🞎ضبط و ربط نامناسب(غير موثر)  🞎شرايط جوي مخاطره آميز  🞎عوامل فيزيكي نامناسب و غير ايمن  🞎 عدم آموزش و توجيه H.S.E  🞎انفجار | | | 🞎 نقص فني تجهيزات  🞎 عدم يا نقص حفاظ ماشين آلات  🞎ناايمن بودن تجهيزات PPE  🞎 عدم رعايت نكات ايمني طرف مقابل  🞎 سقوط يا ريزش اشياء  🞎تجهيزات و ابزارهاي معيوب | | | | | 🞎 انحراف به چپ  🞎 عدم استفاده از تجهيزاتPPE  🞎 حركت با سرعت ناايمن  🞎 عدم مهارت در فعاليت محوله  🞎عدم تمركز كافي در حين فعاليت  🞎... | | | | | | | 🞎 بي احتياطي  🞎 استفاده از تجهيزات معيوب  🞎 فعاليت در موقعيت هاي ناايمن  🞎 شوخي كردن  🞎 خواب آلودگي  🞎 استفاده از الكل و مواد مخدر | |
| **ج ) پيامد زيست محيطي ناشي از حادثه :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **د) نظریه پزشک معالج :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ه) نظریه مسئول H.S.S.E : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **و ) اقدامات فوري انجام شده (اصلاح):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **نوع اعزام:** 🞎 زميني 🞎 هوايي 🞎 دريايي | | | | | | | | | | | 🞎 انجام كمك هاي اوليه 🞎 معاينه توسط پزشك | | | | | | | | | |
| **نتيجه اقدامات :** 🞎 اعزام به بيمارستان 🞎 اعزام به منزل 🞎 بازگشت به كار 🞎 سایر ........... | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **تاریخ و زمان اعزام به بیمارستان: (در صورت وجود)** ميزان استراحت پزشكي يا روزهاي از دست رفته : ................. روز ................. ساعت | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ه) پيشنهادات اصلاحي (راه هاي جلوگيري از تكرار (اقدامات اصلاحي):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| نماينده HSSE : مدير پروژه / رئيس كارگاه :  امضاء و تاریخ : امضاء و تاريخ : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

رونوشت :

مدیرعامل محترم شرکت پدیده رویای قرن

مدیریت ایمنی ، اقدامات تامینی و محیط زیست شرکت پدیده رویای قرن

نماینده بیمه