|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| کد مدرک: FO364/01 | | | | | | | | | | | | **فرم گزارش تکمیلی حادثه( تحلیلی- نهایی)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| دفتر مرکزی□ پروژه□ نام پروژه: ................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | شرکت پدیده رویای قرن □ | | | | | | |
| شيفت كاري: صبح  عصر  شب | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | تاريخ: ... / ... / ... 13 | | | | | | | | | | ساعت وقوع حادثه: ... : ... | | | | | | | |
| **سطح حادثه:** 0□1□2 □3 □4□5□ 6□ | | | | | | | | | | | تعداد افراد حادثه دیده: | | | | | | | | **نوع حادثه(تصادف، برق گرفتگی و ….) :** | | | | | | | | | | | | | | | | **محل وقوعحادثه:** | | | | |
| **شرایط جوی در حین وقوع حادثه:** ⎕آفتابی ⎕ برفی ⎕بارندگی ⎕یخبندان ⎕ طوفانی ⎕ سایر موارد............................................. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تاریخ ارسال گزارش اولیه: ... / ... / ... 13 | | | | | | | تعداد صفحات پيوست: ... | | | | | | | | | | **مدارک پیوست:** **⎕**عکس **⎕**نقشه یاکروکی **⎕**گزارش پزشکی **⎕**سایر ........................................................ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **تعداد و نوع حوادث اتفاق افتاده برای بخش یا فرد حادثه دیده در یک سال گذشته (در صورت وجود) :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **فرد یا افراد در حادثه** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| درصد تقصیر برابر نظر کارشناس | | نفرساعت آموزش | | | | مصرف داروخاص | | | | | | | روزهای از دست رفته | عضویت | | فعالیت در حین وقوع | | | | | | عنوان شغلی | | | تحصيلات | | سابقه کار (ماه) | | | تاهل | | | سن | | نام و  نام خانوادگي | | | وضعیت نهایی | |
| فوت | جرح |
|  | |  | | | |  | | | | | | |  |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  |  |
|  | |  | | | |  | | | | | | |  |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  |  |
|  | |  | | | |  | | | | | | |  |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  |  |
|  | |  | | | |  | | | | | | |  |  | |  | | | | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |  | | |  |  |
| **اظهار نظر عوامل بوجود آورنده حادثه(چگونگی وقوع و پیشنهادات):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **علل احتمالی به وجود آورنده حادثه (مانند انجام اعمال نا ایمن، وجود شرایط نا ایمن، یا سایر علل احتمالی):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **توضیحات** | | | | | | | | **شرایط ناایمن** | | | | | | | | | | | | | | | | | | **اعمال ناایمن** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | □ شرایط جوی مخاطره آمیز | | | | | | | □ نقص فنی تجهیزات | | | | | | | | | | | □ انحراف از مسیر | | | | | | | | □ بی احتیاطی | | | | | |
| □ عوامل مکانیکی | | | | | | | □ نقص یا عدم وجود حفاظ ماشین­آلات | | | | | | | | | | | □ عدم استفاده از تجهیزات PPE | | | | | | | | □ استفاده از ابزار معیوب | | | | | |
| □ انفجارات | | | | | | | □ عدم رعایت نکات ایمنی طرف مقابل | | | | | | | | | | | □ عدم مهارت در فعالیت محوله | | | | | | | | □ فعالیت در موقعیت­های ناایمن | | | | | |
| □ عدم آموزش و توجیه HSE | | | | | | | □ سقوط یا ریزش اشیاء | | | | | | | | | | | □ عدم تمرکز کافی حین فعالیت | | | | | | | | □ شوخی کردن | | | | | |
| □ ایمن نبودن تجهیزات PPE | | | | | | | □ تجهیزات و ابزارهای معیوب | | | | | | | | | | | □ حرکت با سرعت ناایمن | | | | | | | | □ خواب­آلودگی | | | | | |
| □ سایر موارد | | | | | | | □ ضبط و ربط نامناسب | | | | | | | | | | | □ سایر موارد | | | | | | | | □ استفاده از مواد مخدر | | | | | |
| **اقدامات پزشکی صورت گرفته برای افراد آسیب دیده** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| میزان هزینه های درمانی(ریال) | | تاریخ مراجعه به محل کار | | مدت زمان استراحت پزشکی | | | | | | اعضاء آسیب­دیده | | | | | اقدامات تکمیلی انجام شده | | | | | | | | | اقدامات فوری انجام شده | | | | | | | | | شرح | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | 🞎انجام كمك هاي اوليه 🞎 معاينه توسط پزشك | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |  | | | | |  | | | | | | | | | 🞎انجام كمك هاي اوليه 🞎 معاينه توسط پزشك | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **میزان خسارت(ریال)** | | | **پیامدهای حادثه (زیست محیطی)ذکر توضیحات الزامی­ست** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **میزان خسارت(ریال)** | | | | | | **پیامدهای حادثه (تجهیزاتی)** | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | □ **آب** | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | □ **خاک** | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | □ **هوا** | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | □ **سایر** | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **اظهارات فرد/افراد حادثه دیده (چگونگی وقوع وپیشنهادات) :** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **اظهارات شاهدان** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| امضاء یا اثر انگشت | پیشنهادات شاهد برای پیشگیری | | | | شرح حادثه (عامل حادثه، چگونگی وقوع، شرایط محیطی، شرایط کار) | | | | | | | | | | | | | | | | فعالیت در حین وقوع | | عنوان شغلی | | | | تحصيلات | | | | سابقه کار (ماه) | | | | | سن | نام و نام خانوادگي | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  |  | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  |  | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  |  | | |
|  |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  |  | | |
| **شرح کامل چگونگی حادثهتوسط کارشناس HSSEبعد از اخذ اظهارات شاهدین، حادثه دیدگان و بوجودآورندة حادثه: (در صورت نیاز نقشه، تصاویر و سایر مدارک پیوست شود)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **تدابیر ایمنی پیشگیرانه موجود قبل از حادثه** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **دلیل موثر نبودن اقدامات کنترلی موجود بمنظور پیشگیری از حادثه** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **اثر جانبی حادثه در کارگاه** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 🞎روانی 🞎 ازبين رفتن مواد 🞎تاثیر در پیشرفت فیزیکی کارگاه 🞎 شكايت حقوقي 🞎 درگیری 🞎 اعتصاب 🞎 قطعی انرژی 🞎 وقفه در کار یا تعطیلی کارگاه  🞎 سایر موارد:  توضیحات: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **تجزیه و تحلیل علل تشخیص داده شده حادثه در هر یک از حوزه های سلامت، ایمنی، اقدامات تامینی و محیط زیست** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **اقدامات اصلاحی پیشنهادی به منظور جلوگیری از تکرار حادثه (فنی-مهندسی، فردی، مدیریتی، آموزشی و غیره)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **اعضاء کمیته تخصصی تهیه گزارش حادثه HSSE (کارگاه)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **مسئول پشتیبانی کارگاه** | | | | | | | | | **مسئول منابع انسانی کارگاه** | | | | | | | | | | | **مسئول HSSE کارگاه** | | | | | | | | | **مدیرپروژه یا رئیس کارگاه** | | | | | | | | | | |

رونوشت :

مدیرعامل محترم شرکت پدیده رویای قرن

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