
		فرم گزارش اولیه حادثه		
عنوان :	فرم گزارش اولیه حادثه	تعداد صفحات :	تعداد پیوست :	ویرایش :
کد :	HSPD-HSPDHS-XXHS-FOPD-0295-950	۱	۰	۰
قابلیت استفاده در بخش: بهداشت ■ ایمنی ■ محیط زیست ■				

شرح محل وقوع حادثه	
نام طرح:	نام پیمانکار:
تاریخ وقوع حادثه:	زمان وقوع حادثه:
محل دقیق وقوع حادثه:	
ساعت اعزام به درمانگاه:	
مشخصات فرد/افراد حادثه دیده:	
نام و نام خانوادگی:	سال تولد/ سن:
شغل/سمت:	وضعیت استخدامی: رسمی <input type="checkbox"/> پیمانی <input type="checkbox"/> قراردادی <input type="checkbox"/> پیمانکاری <input type="checkbox"/>
تحصیلات:	سابقه کار:
عضو مشترک صندوق تامین اجتماعی آتیه کارکنان می باشد	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا هنگام انجام کار مجروح شده است؟	بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
پیامد حادثه :	
شبه حوادث (near miss) <input type="checkbox"/>	جزئی <input type="checkbox"/>
آسیب ناتوان کننده موقت <input type="checkbox"/>	آسیب ناتوان کننده دائم کلی <input type="checkbox"/>
آسیب ناتوان کننده دائم جزئی <input type="checkbox"/>	آسیب منجر به فوت <input type="checkbox"/>
نوع آسیب وارده:	
آسیب ناشی از کار (آماری) <input type="checkbox"/>	آسیب ناشی از کار (غیر آماری) <input type="checkbox"/>
آسیب غیر از ناشی کار <input type="checkbox"/>	
شرح حادثه	
<div style="height: 100px;"></div>	
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:	نام و نام خانوادگی مسئول واحد HSE
امضا	امضا
نظریه پزشک	نتیجه معاینات:
عضو صدمه دیده:	<input type="checkbox"/> ادامه کار معمولی <input type="checkbox"/> واگذاری کار سبکتر <input type="checkbox"/> یک روز استراحت <input type="checkbox"/> استراحت <input type="checkbox"/> تحت مراقبت پزشک <input type="checkbox"/> بستری تعداد روز از دست رفته:
آیا وضع حادثه دیده با اظهارات وی مطابقت می کند؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	از تاریخ ۱۳ / / الی ۱۳ / /
ساعت معاینه:	نام و نام خانوادگی پزشک
تاریخ معاینه: ۱۳ / /	امضا
علل وقوع حادثه و اقدامات اصلاحی	
علت مستقیم: اعمال نایمن: شرایط نایمن: علل پایه ای: اقدام اصلاحی پیشنهادی توسط HSE طرح:	
آیا فرد حادثه دیده در وقوع حادثه مقصر بوده؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
رئیس واحد HSE	امضا:
تاریخ	