



عنوان
فرم ثبت و گزارش حادثه ناشی از کار
مرکز آموزشی، پژوهشی و درمانی علامه بهلول گنابادی

کد مدرک: Bh-Hp/Occ Ac/For-01/02
 تاریخ ابلاغ: 1396
 تاریخ بازنگری: 1402/08/18
 دفعات بازنگری: 2

مشخصات فرد حائنه دیده یا فرد شاهد حادثه:

نام و نام خانوادگی: _____ میزان تحصیلات: _____ سن: _____
 سمت شغلی: _____ بخش محل خدمت: _____ سابقه کار: _____ کدملی: _____
 وضعیت استخدامی: رسمی پیمانی شرکتی طرحی دانشجوی

نوع فعالیت هنگام بروز حادثه:

در صورت بروز شبه حادثه* نوع آن را بیان کنید.

مشخصات حادثه:

تاریخ وقوع حادثه: _____ ساعت وقوع حادثه: _____
 علت وقوع حادثه: شرایط نا ایمن اعمال نایمن
 صدمات حین حمل و نقل بیمار سقوط برخورد با تجهیزات یا وسایل آتش سوزی یا انفجار
 سوختگی ناشی از حرارت سوختگی ناشی از عوامل شیمیایی اقدام خشن فیزیکی اقدام خشن کلامی
 ناشی از تجهیزات یا وسایل سایر: _____

مشخصات دستگاه: (در صورت بروز حوادث ناشی از تجهیزات یا وسایل جدول ذیل تکمیل شود.)

نام دستگاه	مارک	مدل	سریال	کد شناسه

نوع صدمه:

صدمه یا آسیب فیزیکی به دنبال حادثه: بلی خیر
 ضربه و کوفتگی بریدگی شکستگی و دررفتگی مسمومیت برق گرفتگی سایر: _____
 شدت صدمات وارده: بستری سرپایی از کار افتادگی فوت

تعداد روز های استعلاجی ناشی از حادثه: _____

اقدامات درمانی انجام شده: _____

اقدامات ایمنی انجام شده جهت پیشگیری از وقوع مجدد حادثه: _____

امضاء فرد حادثه دیده _____ امضاء مسنول شیفت _____ امضاء سوپروایزر کشیک _____

امضا و نظر پزشک معالج: _____

*شبه حادثه عبارت است از رویدادی که میتواند باعث بروز زیان شود، اما برا اثر خوش شانسی و نه بر اثر طراحی بدون زیان پایان گرفته است.