

تاریخ: شماره:	فرم گزارش حادثه	
------------------	-----------------	--

مشخصات محل و تاریخ وقوع حادثه

نام محل :	علت وقوع :	تاریخ وقوع حادثه :
-----------	------------	--------------------

مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی	سن	تحصیلات	وضعیت تاهل
عنوان شغلی	نوع استخدام	کار محوله در زمان حادثه	

سوابق آموزشی ایمنی مرتبط با کار

<input type="checkbox"/>	دارد
<input type="checkbox"/>	ندارد
	عنوان دوره / دوره ها :
	تاریخ برگزاری :

معاینات ادواری				معاینات بدو استخدام				انجام
	خیر		بلی		خیر		بلی	معاینات

	ندارد	دارد
	یکبار	دوبار
	سه بار	چهار بار و بیشتر

عضو حادثه دیده	ساعد و بازو	دست	ساق و ران	پا	بینایی	سرو گردن	تنه	سیستم تنفسی	قلب و عروق	شنوایی

نوع صدمه	ضرب دیدگی و کوفتگی	بریدگی و سوراخ شدگی	پیچ خوردگی و دررفتگی	شکستگی و له شدگی	سوختگی حرارتی	سوختگی شیمیایی	آسیب بینایی	قطع عضو	ایست قلبی	مسمومیت	غیره

نتیجه حادثه	بهبودی	از کار افتادگی دائم جزئی	از کار افتادگی دائم متوسط	از کار افتادگی دائم کلی	فوت

تاریخ:	فرم گزارش حادثه	
شماره:		

شرح مختصر حادثه

علت حادثه :

علل سیستمی	اعمال نا ایمن	شرایط نا ایمن
فقدان دستورالعمل ایمنی	انجام کار به روش غلط	نقص فنی دستگاه
عدم دریافت آموزش ایمنی	عدم توجه به تدابیر کنترلی	معیوب بودن ابزار
فقدان / نامناسب بودن تجهیزات حفاظت فردی	استفاده از ابزار نامناسب	فقدان حفاظ
ارجاع کار فوریتی	انجام فعالیت غیر مرتبط با شغل محوطه	نامناسب بودن ایستگاه کاری
ارجاع کار تحقیقاتی و غیر روتین	عدم استفاده از وسایل حفاظت فردی	لغزندگی کف
ارجاع کار با روش غلط	شوخی / عجله / سهل انگاری	نقص قنی وسایل حمل و نقل صنعتی
غیره	غیره	غیره

خسارت

	۱- خسارت مال (ریال)
تعداد مصدومین :	۲- خسارت جانی
شرح خسارت محیطی وارده :	خسارت محیطی

توصیه های ایمنی جهت پیشگیری از وقوع مجدد حادثه :

تهیه کننده (نام و نام خانوادگی - سمت) :	تاریخ تنظیم گزارش :
---	---------------------