**فرم گزارش حادثه ناشی از کار**

**(اين فرم، مخصوص ثبت گزارش حوادث ناشي از كار مي باشد و د**ر**اولين محل مراجعه شخص حادثه ديده براي دريافت خدمات بهداشتي و درماني تكميل مي گردد )** **دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی ...........مرکز بهداشت ..............**تاريخ مراجعه: ساعت مراجعه:

**محل مراجعه:**خانه بهداشت كارگري ايستگاه بهگر مركز بهداشت كار - مركز **HSE** مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی خانه بهداشت روستایی اورزانس بيمارستان دولتي بیمارستان /کلینیک خصوصي مطب درمانگاه تامين اجتماعي درمانگاه ها پزشكي قانوني ساير ذكر نام.............................................

|  |
| --- |
| **مشخصات محل وقوع حادثه:**نام كارگاه/واحد شغلي: نام كارفرما/مدير: تعداد كل شاغلين: ......نفر نشاني كارگاه:  |
| تحصيلات:بيسواد اول -پنجم ابتدايي سيكل ديپلم فوق ديپلم و بالاترمتوسط ميزان درآمدماهیانه:(به ريال).................................. سن(به سال): | **سن:**(به سال) .............جنس: مرد زن  | **مشخصات فرد آسيب ديده:** نام و نام خانوادگي:كد ملي سرپرست خانوار: كدملي: آدرس محل سكونت: ............................................................  |
| تاريخ پايان | تاريخ شروع  | عنوان مشاغل قبلي | تاريخ پايان | تاريخ شروع  | عنوان شغل فعلي |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **مشخصات حادثه:**تاريخ وقوع حادثه: / / 13 ساعت وقوع:................... محل دقيق حادثه:.......................................... |
| چند نقطه از بدن صدمات عمومي سيستم عصبيسيستم گوارشسيستم تنفسيدستگاه گردش خونمحل نامشخص | اندام تحتانيپاانگشتان پاران زانومج پااندام تناسليساير... | تنه قفسه سينه ستون فقراتپشتشكملگنساير...   | اندام فوقاني   دستانگشتان دستمچ دستبازوشانهساعدساير ...  | گردنگلومهره هاي گردن | عضو آسيب ديده سرجمجمهگوش چشم دهان صورت ساير... |
| **علت آسيب:** 1. سقوط فرد از ارتفاع (نردبان ،ساختمان ،داربست ،ماشين آلات ، وسايل نقليه ،درخت و غيره )/سقوط به عمق (چاه،كانال،حفره و غيره)🗌
2. برخورد/پرتاب/ضربه اشيا با فرد 🗌 3-گير كردن فرد بين شيئ ثابت ومتحرك يا دو شيئ متحرك🗌

4- فشار بيش از حد بر فرد( اعمال نيروي بيش از حد بر كارگر مانند بلندكردن بارسنگين،هل دادن،كشيدن بار) 🗌5- تماس با دما يا اجسام خيلي سرد يا داغ 🗌 6 - تماس با جريان الكتريكي (برق گرفتگي) 🗌7- مسموميت حاد شغلي 🗌 8- پرتوگيري حاد 🗌 9- ساير موارد 🗌 ذكر علت آسيب ……………………………………….................................................................**شرح واقعه(به اختصار):........................................................................................................................................................................................................................................ ..........................................................................................................................................................................................................................................................** |
| **نتایج :**1. ارائه کمک های اولیه سرپایی وبازگشت به کار مصدوم 🗌 2- ارائه خدمات اولیه وارجاع🗌 محل ارجاع ................................................
2. ارائه خدمات پزشکی وگواهی استعلاجی سه روز وبیشتر 🗌 4- بستری بدون عمل جراحی 🗌 5- عمل جراحی 🗌 6- فوت 🗌
 |
| **نام و نام خانوادگی تكميل كننده فرم:** **سمت: امضا :**  |

 **Ref: Recording and notification of occupational accident and diseases International Labour Office geneva,1996**