**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 عصبي  سيستم گوارش  سيستم تنفسي  دستگاه گردش خون  محل نامشخص | | اندام تحتاني  پا  انگشتان پا  ران  زانو  مج پا  اندام تناسلي  ساير... | | تنه  قفسه سينه  ستون فقرات  پشت  شكم  لگن  ساير... | | | اندام فوقاني  دست  انگشتان دست  مچ دست  بازو  شانه  ساعد  ساير ... | | گردن  گلو  مهره هاي گردن | | عضو آسيب ديده سر  جمجمه  گوش  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**