فرم ۱۵-ع: فرم گزارش حادثه ناشی از کار

(این فرم، مخصوص ثبت گزارش حوادث ناشی از کار می باشد و دراولین محل مراجعه شخص حادثه دیده برای دریافت خدمات بهداشتی و درمانی تکمیل می گردد)

دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی .....مرکز بهداشت .....

تاریخ مراجعه: روز☐☐ ماه☐☐ سال☐☐ **ساعت مراجعه:** دقیقه☐☐ ساعت ☐☐

محل مراجعه:خانه بهداشت کارگری☐ ایستگاه بهگر☐ مرکز بهداشت کار☐ مرکز بهداشتی درمانی شهری☐ روستایی ☐

خانه بهداشت روستایی☐ اورژانس☐ بیمارستان دولتی☐ بیمارستان /کلینیک خصوصی ☐ مطب ☐ درمانگاه تامین اجتماعی☐

درمانگاه ها ☐ پزشکی قانونی ☐ سایر☐ ذکر نام.....

مشخصات محل وقوع حادثه:نام کارگاه/واحد شغلی: نام کارفرما/مدیر: تعداد کل شاغلین: .....نفر نشانی کارگاه:

مشخصات فرد آسیب دیده: نام و نام خانوادگی:

کدملی: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

کد ملی سرپرست خانوار: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

آدرس محل سکونت: .....

سن:(به سال) .....

جنس:

مذکر☐ مونث☐

تحصیلات : بی سواد☐ ابتدایی/نهصت ☐

راهنمایی☐ دبیرستان☐ دانشگاهی☐ دکترای

تخصصی و فوق دکترا☐ سایر☐

عنوان شغل فعلی	تاریخ شروع	تاریخ پایان	عنوان مشاغل قبلی	تاریخ شروع	تاریخ پایان

مشخصات حادثه:تاریخ وقوع حادثه: / / ۱۳ ساعت وقوع:..... محل دقیق حادثه:.....

عضو آسیب دیده ☐ سر☐ جمجمه☐ گوش☐ چشم☐ دهان☐ صورت☐ سایر...	گردن☐ گلو☐ مهره های گردن☐	اندام فوقانی☐ دست☐ انگشتان دست☐ مچ دست☐ بازو☐ شانه☐ ساعد☐ سایر ...	تنه ☐ قفسه سینه ☐ ستون فقرات☐ پشت☐ شکم☐ لگن☐ سایر...	اندام تحتانی☐ پا☐ انگشتان پا☐ ران☐ زانو☐ مچ پا☐ اندام تناسلی☐ سایر...	چند نقطه از بدن☐ صدمات عمومی سیستم☐ عصبی☐ سیستم گوارش☐ سیستم تنفسی☐ دستگاه گردش خون☐ محل نامشخص☐

علت آسیب:

۱ -سقوط فرد از ارتفاع (نردبان ،ساختمان ،داربست ،ماشین آلات ، وسایل نقلیه ،درخت و غیره)/سقوط به عمق (چاه،کانال،حفره و غیره)☐

۲-برخورد/پرتاب/ضربه اشیا با فرد ☐ ۳-گیر کردن فرد بین شیئ ثابت ومتحرک یا دو شیئ متحرک☐

۴- فشار بیش از حد بر فرد(اعمال نیروی بیش از حد بر کارگر مانند بلندکردن بارسنگین،هل دادن،کشیدن بار) ☐

۵- تماس با دما یا اجسام خیلی سرد یا داغ ☐ ۶ - تماس با جریان الکتریکی (برق گرفتگی) ☐

۷- مسمومیت حاد شغلی ☐ ۸- پرتوگیری حاد ☐ ۹- سایر موارد ☐ ذکر علت آسیب .....

شرح واقعه(به اختصار):.....

.....

نتایج :

۱ -ارائه کمک های اولیه سرپایی وبازگشت به کار مصدوم ☐ ۲- ارائه خدمات اولیه وارجاع☐ محل ارجاع .....

۲ -ارائه خدمات پزشکی وگواهی استعلاجی سه روز وبیشتر ☐ ۴- بستری بدون عمل جراحی ☐ ۵- عمل جراحی ☐ ۶- فوت ☐

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

سمت: **امضا :**