

فرم ۱۵-ع: فرم گزارش حادثه ناشی از کار

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

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات 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: کد ملی: کد ملی سرپرست خانوار: آدرس محل سکونت:		سن: (به سال) جنس: ☐ مذکر ☐ مونث تحصیلات: بی سواد ☐ ابتدایی/انحصت ☐ راهنمایی ☐ دبیرستان ☐ دانشگاهی ☐ دکترای ☐ تخصصی و فوق دکترای ☐ سایر ☐	
عنوان شغل فعلی	تاریخ شروع	تاریخ پایان	عنوان مشاغل قبلی

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، حفرة و غیره) ☐
 - ۲- برخورد/پرتاب/ضربه اشیا با فرد ☐ ۳- گیر کردن فرد بین شیئی ثابت و متحرک یا دو شیئی متحرک ☐
 - ۴- فشار بیش از حد بر فرد (اعمال نیروی بیش از حد بر کارگر مانند بلند کردن بار سنگین، 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 و بازگشت به کار مصدوم ☐ ۲- ارائه خدمات اولیه وارجاع ☐ محل ارجاع:
- ۲- ارائه خدمات پزشکی و گواهی استعلاجی سه روز و بیشتر ☐ ۴- بستری بدون عمل جراحی ☐ ۵- عمل جراحی ☐ ۶- فوت ☐

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

امضا:

سمت: