



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان زنجان
مرکز آموزشی درمانی حضرت ولی عصر (عج)



ویرایش: ۲

فرم گزارش حادثه ناشی از کار

کد سند: ۶۵/۱۱/۰۰/۰۰/۱۱

تاریخ مراجعه به واحد بهداشت حرفه ای: روز ماه سال ساعت مراجعه : دقیقه ساعت

محل وقوع حادثه:		تاریخ وقوع حادثه: ۱۳ / /		ساعت وقوع.....	
مشخصات فرد آسیب دیده نام و نام خانوادگی: نام بخش: سمت: دانشجو <input type="checkbox"/> پرسنل <input type="checkbox"/>		سن: (به سال.....) جنس: مذکر <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/>		تحصیلات: بیسواد <input type="checkbox"/> ابتدایی <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکترای تخصصی و فوق دکترا <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/> میزان سابقه کار:	
عضو آسیب دیده <input type="checkbox"/> سر <input type="checkbox"/> گوش <input type="checkbox"/> چشم <input type="checkbox"/> دهان <input type="checkbox"/> صورت <input type="checkbox"/> سایر.....		<input type="checkbox"/> تنه <input type="checkbox"/> قفسه سینه <input type="checkbox"/> ستون فقرات <input type="checkbox"/> پشت <input type="checkbox"/> شکم <input type="checkbox"/> لگن <input type="checkbox"/> سایر...		<input type="checkbox"/> اندام فوقانی <input type="checkbox"/> دست <input type="checkbox"/> انگشتان دست <input type="checkbox"/> مچ دست <input type="checkbox"/> بازو <input type="checkbox"/> شانه <input type="checkbox"/> ساعد <input type="checkbox"/> سایر.....	
<input type="checkbox"/> گردن <input type="checkbox"/> گلو <input type="checkbox"/> مهره های گردن		<input type="checkbox"/> اندام تحتانی <input type="checkbox"/> پا <input type="checkbox"/> انگشتان پا <input type="checkbox"/> ران <input type="checkbox"/> زانو <input type="checkbox"/> مچ پا <input type="checkbox"/> اندام تناسلی <input type="checkbox"/> سایر...		<input type="checkbox"/> چند نقطه از بدن صدمات عمومی سیستم عصبی <input type="checkbox"/> سیستم گوارش <input type="checkbox"/> سیستم تنفسی <input type="checkbox"/> دستگاه گردش خون <input type="checkbox"/> محل نامشخص <input type="checkbox"/>	
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) <input type="checkbox"/> ۲- برخورد/پرتاب/ضربه اشیا با فرد ۳- گیر کردن فرد بین شیئی ثابت و متحرک یا دو شیئی متحرک <input type="checkbox"/> ۴- فشار بیش از حد بر فرد (اعمال نیروی بیش از حد بر کارگر مانند بلند کردن بار سنگین، هل دادن، کشیدن بار) <input type="checkbox"/> ۵- تماس با دما یا اجسام خیلی سرد یا داغ <input type="checkbox"/> ۶- تماس با جریان الکتریکی (برق گرفتگی) <input type="checkbox"/> ۷- مسمومیت حاد شغلی <input type="checkbox"/> ۸- پرتوگیری حاد <input type="checkbox"/> ۹- سایر موارد <input type="checkbox"/> ذکر علت آسیب..... ۱۰- پاشیدن خون / سایر ترشحات بیمار <input type="checkbox"/> ۱۱- آسیب ناشی از مواد شیمیایی <input type="checkbox"/> ۱۲- Needle stick injuries <input type="checkbox"/>					
شرح واقعه (به اختصار) و اقدامات صورت گرفته:					
نظریه کارشناس بهداشت حرفه ای مرکز					
نام و نام خانوادگی گزارش دهنده:			نام و نام خانوادگی مهندس بهداشت حرفه ای:		
مهر و امضا:			مهر و امضا:		