



فرم گزارش حادثه ناشی از کار بیمارستان کرمانیا

(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 کرمان بیمارستان کرمانیا -

تاریخ مراجعه: ساعت مراجعه:

محل مراجعه: خانه بهداشت رگری ایستگاه بهر مرکز بهداشت - مرکز SE مرکز بهداشتی درمانی شهری روستایی خانه

بهداشت روستا اورژانس بیمارستان دولتی بیمارستان / کلینیک خصوصی مطب مانگاه تامین اجتماعی درم اه ها پزشکی انونی 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:		سن: (به سال)		تحصیلات: بیسواد <input type="checkbox"/> اول - پنجم ابتدایی <input type="checkbox"/> سیکل <input type="checkbox"/>	
کد ملی سرپرست خانوار:		جنس: مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>		دیپلم <input type="checkbox"/> فوق <input type="checkbox"/> و بالاتر متوسط میزان <input type="checkbox"/> درآمد ماهیانه: (به ریال)	
سکونت:		آدرس محل		سن (به سال):	
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:					
ضو آسیب دیده	گردن <input type="checkbox"/>	اندام فوقانی <input type="checkbox"/>	تنه <input type="checkbox"/>	اندام تحتانی <input type="checkbox"/>	چند نقطه از بدن <input type="checkbox"/>
جمجمه	مهره های گردن	دست	قفسه سینه	پا	صدمات عمومی سیستم عصبی
گوش		انگشتان دست	ستون فقرات	انگشتان پا	سیستم گوارش
چشم		مچ دست	پشت	ران	سیستم تنفسی
دهان		بازو	شکم	زانو	دستگاه گردش خون
صورت		شانه	لگن	مچ پا	محل نامشخص <input type="checkbox"/>
سایر...		ساعد	سایر...	اندام تناسلی	
		سایر ...		سایر...	
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 <input type="checkbox"/> 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 بلندکردن 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					
شرح واقعه (به اختصار):					
نتایج:					
۱- ارائه کمک های اولیه سرپایی و بازگشت به کار مصدوم <input type="checkbox"/> ۲- ارائه خدمات اولیه و ارجاع <input type="checkbox"/> محل ارجاع					
۲- ارائه خدمات پزشکی و گواهی استعلاجی سه روز و بیشتر <input type="checkbox"/> ۴- بستری بدون عمل جراحی <input type="checkbox"/> ۵- عمل جراحی <input type="checkbox"/> ۶- فوت <input type="checkbox"/>					
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:					
امضا:					
سمت:					