

فرم گزارش حوادث بیمارستان شهید رجائی

نام فرد حادثه دیده : سن : سابقه کار : شغل حادثه دیده : میزان تحصیلات :
تاریخ و ساعت حادثه : ساعت : تاریخ تکمیل فرم : مکان حادثه : عضو حادثه دیده :
نام و مشخصات وسایل و تجهیزات آسیب رسان :

نتیجه حادثه		ضربه و کوفتگی		شکستگی و در رفتگی		نیدل استیک		قطع عضو و له شدگی		برق گرفتگی		خفگی		سوختگی		مسمومیت		فرو رفتن اجسام نوک تیز		مرگ		سایر	
جنس	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن	مرد	زن

نوع حادثه :

اثر حادثه : سقوط پرتاب اشیا لیز خوردن و افتادن تصادف سایش تماس با جریان برق تماس با مواد شیمیایی سایر...
علت و شرح حادثه :

روزهای کاری از دست رفته: اقدام امدادی در خصوص فرد حادثه دیده:

کد ملی:

آدرس محل سکونت:

تاریخ شروع به کار شغل فعلی:

شغل قبلی:

تاریخ شروع به کار شغل قبلی:

تاریخ پایان کار شغل قبلی:

مسئول بخش و امضا:

کارشناس بهداشت حرفه ای و امضا:

راهنمای تکمیل فرم :

1. این فرم توسط مسئول بخش و در صورت عدم حضور مسئول توسط جانشین وی و یا فرد آموزش دیده تکمیل گردد.
2. مسئولین بخشها محل دقیق فرم و نحوه تکمیل فرم را به کلیه پرسنل آموزش دهند.
3. در صورت بروز هر نوع حادثه در بخشهای مختلف بیمارستان اعم از لیز خوردن، بریدگی، سقوط ، **needle stick** و..... در فرم مربوطه ثبت گردد.
4. در قسمت تاریخ ، تاریخ روز حادثه قید گردد.
5. در قسمت ساعت ، ساعت دقیق حادثه قید گردد.
6. در قسمت مکان حادثه ، محل دقیق حادثه مشخص گردد.
7. در قسمت عضو حادثه دیده ، اعضای حادثه دیده سر، گردن ، دست چپ، پای چپ و.... قید گردد.
8. در قسمت نوع صدماتی که در جدول نوشته شده دقیقا مشخص گردد .
9. در قسمت شرح حادثه در صورتی که حادثه دیده قادر به توضیح است از وی شرح حادثه گرفته شود و و در صورتی که حادثه شهودی دارد از شهود حادثه شرح حادثه گرفته شود .منظور از علت حادثه سقوط پرتاب اشیا لیز خوردن و افتادن تصادف سایش تماس با جریان برق تماس با مواد شیمیایی و سایر می باشد که ذکر گردد.
10. در شرح حادثه نوشته شود حادثه از نوع عفونی یا غیر عفونی می باشد.
11. حداکثر 24 ساعت بعد از وقوع حادثه فرم به واحد بهداشت حرفه ای تحویل گردد.