



فرم ثبت حوادث شغلی  
مرکز آموزشی درمانی علامه بهلول  
واحد بهداشت حرفه ای



مشخصات فرد حادثه دیده

نام و نام خانوادگی: میزان تحصیلات: سن:  
سمت شغلی: بخش محل خدمت: سابقه کار:  
وضعیت استخدامی:  رسمی  پیمانی  طرحی  دانشجوی   
نوع فعالیت هنگام بروز حادثه:

در صورت بروز شبه حادثه<sup>1</sup> نوع آن را بیان کنید

مشخصات حادثه:

تاریخ وقوع حادثه: ساعت وقوع حادثه:  
علت وقوع حادثه: (شرایط نا ایمن)  
صدمات حین حمل و نقل بیمار  سقوط  برخورد با تجهیزات یا وسایل   
آتش سوزی یا انفجار  سوختگی ناشی از حرارت  سوختگی ناشی از عوامل شیمیایی   
اقدام خشن فیزیکی  اقدام خشن کلامی  ناشی از تجهیزات یا وسایل<sup>2</sup>  سایر:

مشخصات دستگاه:

نام وسیله	مارک	مدل	سریال	کدشناسه

نوع صدمه:

صدمه یا آسیب فیزیکی به دنبال حادثه:  بلی  خیر   
ضربه و کوفتگی  بریدگی  شکستگی و دررفتگی  فرو رفتن اجسام نوک تیز در دست  مسمومیت  برق گرفتگی   
سایر:

شدت صدمات وارده:  بستری  سرپایی  بهبودی  از کار افتادگی  فوت

تعداد روزهای استعلاجی ناشی از حادثه:

اقدامات ایمنی و درمانی انجام شده بعد از حادثه:

امضاء فرد حادثه دیده: امضاء مسئول شیفت: امضاء سوپروایزر کشیک:

امضا

نظر پزشک کشیک:

<sup>1</sup> شبه حادثه عبارت است از «رویدادی که می توانسته باعث بروز زیان شود، اما بر اثر خوش شانس و (نه بر اثر طراحی) بدون زیان پایان گرفته است

<sup>2</sup> در صورت بروز حوادث ناشی از تجهیزات یا وسایل لطفا جدول مربوط به مشخصات دستگاه را تکمیل نمایید.