



● فرم گزارش حادثه به اداره HSE ●

تاریخ:.....

شماره:.....

مشخصات پروژه:

نام کارگاه	نام پیمانکار / مسئول کارگاه
محل وقوع حادثه (کارگاه)	کارفرما
شماره تماس کارفرما:	

مشخصات مصدوم:

نام و نام خانوادگی:	شماره شناسنامه:	محل صدور:	تاریخ تولد: / /
شماره بیمه شده:	تاریخ استخدام:	نوع شغل:	سابقه کار:
شماره تماس مصدوم:			

- نوع حادثه: جانی ☐ جرحی ☐ مالی ☐
 حادثه حین انجام عملیات ☐ حادثه خارج از زمان عملیات ☐

چگونگی حادثه:

تاریخ وقوع حادثه: / /	ساعت:	آدرس دقیق حادثه:
شرح حادثه:		

ابزار مورد استفاده در هنگام کار:

وسایل حفاظتی/ ایمنی مورد استفاده:

* اعضای آسیب دیده

- | | | | |
|--|--|---|---|
| ☐ سر | ☐ چشم راست | ☐ چشم چپ | ☐ گوش راست |
| ☐ گوش چپ | ☐ صورت | ☐ بینی | ☐ دندان |
| ☐ سینه | ☐ پوست | ☐ بازوی دست راست | ☐ انگشتان دست راست |
| ☐ بازوی دست چپ | ☐ آرنج دست راست | ☐ آرنج دست چپ | ☐ انگشتان دست چپ |
| ☐ ساعد دست راست | ☐ ساعد دست چپ | ☐ انگشتان پای راست | ☐ انگشتان پای چپ |
| ☐ زانوی راست | ☐ زانوی چپ | ☐ لگن | ☐ ستون فقرات |
| ☐ ران پای راست | ☐ ران پای چپ | ☐ ساق پای راست | ☐ ساق پای چپ |
| ☐ دیگر اعضای بدن یا توضیحات | | | |

* شرح آسیبهای مالی وارده و میزان خسارت:



● فرم گزارش حادثه به اداره HSE ●

* نوع حادثه :

- | | | | | |
|---|---|---|---|------------------------------------|
| ☐ پرتاب از بلندی | ☐ سقوط به ترانشه | ☐ پرتاب اشیا | ☐ لیز خوردن و افتادن | ☐ تصادف |
| ☐ سایدگی | ☐ سوختگی | ☐ تماس با مواد شیمیایی | ☐ مسمومیت | ☐ ریزش آوار |
| ☐ بریدگی | ☐ خفگی | ☐ سکنه | ☐ سقوط اجسام | ☐ سایر |

* نتیجه حادثه

- | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| ☐ مرگ | ☐ قطع عضو | ☐ سوختگی گرمایی | ☐ سوختگی شیمیایی |
| ☐ ضربه | ☐ له شدگی | ☐ بریدگی | ☐ سوراخ شدگی |
| ☐ کوفتگی | ☐ شکستگی | ☐ فتق | ☐ پیچ خوردگی |
| ☐ دررفتگی | ☐ خراشیدگی | ☐ ورم | ☐ سایر |

* امضا و شماره تماس شهود حادثه:

-۱

-۲

اقدامات انجام شده در محل :

* این قسمت توسط اداره حفاظت، ایمنی و سلامت کار تکمیل می گردد.

عوامل حادثه

- | | | | |
|-------------------------------|--|--|---|
| ☐ عمدی | ☐ بی احتیاطی فرد حادثه دیده | ☐ شرایط ناایمن محیط | ☐ شرایط ناایمن ابزار کار |
|-------------------------------|--|--|---|

تدابیر پیشگیرانه :

* میزان استفاده از مرخصی استعلاجی : روز

تاریخ تکمیل فرم : / / ساعت:

توجه : (گزارش حادثه بایستی توسط ناظر پروژه تکمیل و حداکثر ۴ ساعت بعد از وقوع حادثه به اداره حفاظت، ایمنی و سلامت کار ارسال شود)

امضاء رابط دفتر HSE :

امضاء مسئول واحد :

امضاء مدیر امور / رئیس اداره :

امضاء ناظر / مسئول گروه :