



شرکت نفت و گاز اروندرود

توسط مسئول مستقیم و همکاری واحد اداری تکمیل و امضاء شود.

### فرم گزارش حادثه

تاریخ:

نام خانوادگی:	شماره کارمندی:	نام واحد سازمانی:
تاریخ تولد:	تاریخ حادثه:	ساعت وقوع حادثه:
محل حادثه:	وضعیت استخدامی:	عضو مشترک صندوق تأمین آتیه
سمت سازمانی:	ساعت اعزام به درمانگاه:	بصورت:
شرح مختصر حادثه (اعم از چگونگی و محل وقوع و غیره براساس اظهارات مصدوم و مشهود):		
آیا هنگام کار مجروح شده؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
آیا گفته های مصدوم مورد تأیید شماست؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده:	سمت:	شماره پرسنلی:
نام و نام خانوادگی رئیس واحد:	امضاء:	تلفن:
نظریه پزشک:	نتیجه معاینات:	
آیا وضع حادثه دیده با اظهارات وی تطبیق میکند؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	از تاریخ ۱۳ / / الی ۱۳ / /	
ساعت معاینه:	تاریخ معاینه:	نام و نام خانوادگی پزشک:
نظریه و پیشنهاد ایمنی:	۱- علت وقوع حادثه:	
۲- نظریه و توصیه واحد ایمنی:	۳- آیا فرد حادثه دیده در وقوع این حادثه مقصر بوده؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
عوارض ناشی از حادثه:	عوارض اولیه حادثه:	ناشی از کار آماری <input type="checkbox"/> ناشی از کار غیر آماری <input type="checkbox"/> غیر ناشی از کار <input type="checkbox"/>
عوارض ناشی از حادثه:	مصدوم <input type="checkbox"/> مجروح <input type="checkbox"/> قطع عضو <input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/>	
نام و نام خانوادگی کارشناس تکمیل کننده:	سمت:	شماره کارمندی:
اصل ایمنی		
رونوشت ۱- واحد ایمنی، بهداشت و محیط زیست شرکت		

توسط پزشک معالج تکمیل شود.

توسط واحد ایمنی تکمیل و امضاء شود.