

فرم ۱۵-ع: فرم گزارش حادثه ناشی از کار

(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 ..... مرکز بهداشت .....  
 تاریخ مراجعه: روز / ماه / سال  ساعت مراجعه: دقیقه  ساعت

محل مراجعه: خانه بهداشت کارگری  ایستگاه بهگر  مرکز بهداشت کار  مرکز بهداشتی درمانی شهری  روستایی   
 خانه بهداشت روستایی  اورزانس  بیمارستان دولتی  بیمارستان /کلینیک خصوصی  مطب  درمانگاه تامین اجتماعی   
 درمانگاه ها  پزشکی قانونی  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: کد ملی: <input type="text"/>		سن: (به سال) ..... جنس: <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> مونث		تحصیلات: بی سواد <input type="checkbox"/> ابتدایی/انحصت <input type="checkbox"/> راهنمایی <input type="checkbox"/> دبیرستان <input type="checkbox"/> دانشگاهی <input type="checkbox"/> دکترای <input type="checkbox"/> تخصصی و فوق دکترای <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>	
کد ملی سرپرست خانوار: <input type="text"/>		آدرس محل سکونت: .....		عنوان شغل فعلی	
تاریخ شروع		تاریخ پایان		عنوان مشاغل قبلی	
تاریخ شروع		تاریخ پایان		تاریخ شروع	

مشخصات حادثه: تاریخ وقوع حادثه: / / ۱۳ ساعت وقوع: ..... محل دقیق حادثه: .....

عضو آسیب دیده <input type="checkbox"/>	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"/>
سر <input type="checkbox"/>	گلو <input type="checkbox"/>	دست <input type="checkbox"/>	قفسه سینه <input type="checkbox"/>	پا <input type="checkbox"/>	صدمات عمومی سیستم <input type="checkbox"/>
جمجمه <input type="checkbox"/>	مهره های گردن <input type="checkbox"/>	انگشتان دست <input type="checkbox"/>	ستون فقرات <input type="checkbox"/>	انگشتان پا <input type="checkbox"/>	عصبی <input type="checkbox"/>
گوش <input type="checkbox"/>		مچ دست <input type="checkbox"/>	پشت <input type="checkbox"/>	ران <input type="checkbox"/>	سیستم گوارش <input type="checkbox"/>
چشم <input type="checkbox"/>		بازو <input type="checkbox"/>	شکم <input type="checkbox"/>	زانو <input type="checkbox"/>	سیستم تنفسی <input type="checkbox"/>
دهان <input type="checkbox"/>		شانه <input type="checkbox"/>	لگن <input type="checkbox"/>	مچ پا <input type="checkbox"/>	دستگاه گردش خون <input type="checkbox"/>
صورت <input type="checkbox"/>		ساعد <input type="checkbox"/>	سایر... <input type="checkbox"/>	اندام تناسلی <input type="checkbox"/>	محل نامشخص <input type="checkbox"/>
سایر... <input type="checkbox"/>		سایر ... <input type="checkbox"/>		سایر... <input type="checkbox"/>	

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)
- ۲- برخورد/پرتاب/ضربه اشیا با فرد  ۳- گیر کردن فرد بین شیئی ثابت و متحرک یا دو شیئی متحرک
- ۴- فشار بیش از حد بر فرد (اعمال نیروی بیش از حد بر کارگر مانند بلندکردن بار سنگین، هل دادن، کشیدن بار)
- ۵- تماس با دما یا اجسام خیلی سرد یا داغ  ۶- تماس با جریان الکتریکی (برق گرفتگی)
- ۷- مسمومیت حاد شغلی  ۸- پرتوگیری حاد  ۹- سایر موارد  ذکر علت آسیب .....

شرح واقعه (به اختصار): .....

نتایج:

- ۱- ارائه کمک های اولیه سرپایی و بازگشت به کار مصدوم  ۲- ارائه خدمات اولیه وارجاع  محل ارجاع .....
- ۲- ارائه خدمات پزشکی و گواهی استعلاجی سه روز و بیشتر  ۴- بستری بدون عمل جراحی  ۵- عمل جراحی  ۶- فوت

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:

امضا:

سمت:

## دستورالعمل تکمیل فرم ۱۵-ع

الف: اطلاعات کلی :

۱- این فرم مخصوص ثبت حوادث ناشی از کار می باشد و در اولین محل مراجعه شخص حادثه دیده برای دریافت خدمات سرپایی ، درمانی ، بستری وفوت تکمیل می گردد .

۲- حادثه ناشی از کار ، حادثه ای است که در محل کار بدلیل کار رخ داده ومنجر به اقدام درمانی در مراجع مورد تایید وزارت بهداشت ، درمان وآموزش پزشکی یا فوت شده است .

۳- تکمیل کننده فرم ، فردی است که در یکی از مراکز ارائه خدمات بهداشتی در کارگاهها یا واحد شغلی(ایستگاه بهگر ، خانه بهداشت کارگری ، مرکز بهداشت کار ، درمانگاه کارخانه ، سایر مراکز مراقبتهای بهداشتی درمانی در کارگاهها وکارخانجات)اشتغال داشته و حداقل دوره آموزشی کمکهای اولیه را گذرانده ویا در یکی از مراکز درمانی (مرکز بهداشتی درمانی شهری /روستایی ، پایگاه بهداشتی /درمانگاه /اورژانس بیمارستان /بیمارستان /پزشکی قانونی /مطب خصوصی وامثالهم)هنگام مراجعه مصدوم یا فوت شده ناشی از کار خدمات درمانی را ارائه می دهد .

۴- اطلاعات ثبتی بر مبنای اظهارات مصدوم یا همراه وی می باشد.

ب: راهنمای تکمیل قسمت‌های مختلف فرم:

• در قسمت دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی، مرکز بهداشت ، به ترتیب نام دانشگاه ومرکز بهداشت/شبکه بهداشت ودرمانی که مرکز ارائه خدمات درمانی به مصدوم تحت پوشش آن است ذکر می شود .

• مشخصات عمومی مراجعه شامل تاریخ مراجعه ، ساعت مراجعه ،ومحل مراجعه براساس نوع مرکز<sup>۱</sup> زده می شود وسپس نام مرکز مذکور در این قسمت درج می گردد .

• براساس اظهارات مصدوم یا همراه وی موارد ذیل تکمیل می گردد:

- مشخصات محل وقوع حادثه شامل نام کارگاه ، نام کارفرما، تعدادکل شاغلینی که در استخدام واحد شغلی مربوط است درج می گردد.

- مشخصات مصدوم شامل نام ونام خانوادگی ، کد ملی ، کدملی سرپرست خانوار ،آدرس محل سکونت ، سن به سال جنسیت ، میزان تحصیلات ومتوسط میزان درآمد ماهیانه به ریال وی درج می گردد .

- مشخصات شغلی مصدوم برحسب عنوان شغلی ، تاریخ شروع بکار وتاریخ پایان کار حداقل در یک شغلی فعلی وچنانچه مشاغل قبلی داشته است درج می شود .

• بر اساس یافته های فرد تکمیل کننده فرم ،مشخصات حادثه شامل موارد ذیل تکمیل می گردد :

- تاریخ حادثه ، ساعت وقوع حادثه ومحل دقیق حادثه ذکر می شود

- بر حسب عضو حادثه دیده قسمت سر/گردن / اندام فوقانی / تنه/ اندام تحتانی / چند نقطه از بدن / صدمات عمومی /ویا

اگر عضو آسیب دیده مشخص نیست قسمت محل نامشخص<sup>۲</sup> زده می شود .لازم به ذکر است برای راهنمایی تمام

اجزاء هر قسمت در زیر آن نام برده شده است که براساس آن می توان قسمت آسیب دیده را انتخاب نمود .

- براساس اظهارات مصدوم یا همراه وی موارد ذیل تکمیل می گردد:
- علت آسیب براساس یکی از ۸ علت عنوان شده یعنی (سقوط، برخورد، گیر کردن، فشار، تماس با اجسام داغ، سرد/برق، مسمومیت حاد شغلی، پرتوگیری حاد در مواردی که عنوان نشده قسمت سایر ✓ زده می شود.
- به اختصار شرحی از نحوه وقوع حادثه در این قسمت ذکر می شود
- براساس اقدامات انجام شده در مرکز بهداشتی درمانی قسمت "نتایج" به تفکیک ارائه کمکهای اولیه و درمان سرپایی وبدون نیاز به استراحت، مصدوم به کار بازگردانده می شود / بستری برای مداوا بدون نیاز به جراحی / بستری برای عمل جراحی / در اثر جراحات وارده فوت شده است علامت ✓ زده می شود.
- در انتها مشخصات تکمیل کننده فرم شامل نام ونام خانوادگی، سمت، وتاریخ وامضاء درج می گردد.