

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی استان گیلان

مرکز بهداشت شهرستان رشت

(این فرم ،مخصوص ثبت گزارش حوادث ناشی از کار می باشد ودر اولین محل مراجعه شخص حادثه دیده برای دریافت خدمات بهداشتی ودرمانی تکمیل می گردد.)

تاریخ مراجعهساعت مراجعه.....

محل مراجعه :خانه بهداشت کارگری ☐ ایستگاه بهگر ☐مرکز بهداشت کار ☐

HSE.....مرکز بهداشتی درمانی شهری ☐ مرکز بهداشتی درمانی شهری وروستایی ☐ مرکز بهداشتی درمانی روستایی ☐ خانه بهداشت روستایی.....اورژانس بیمارستان دولتی ☐بیمارستان /کلینیک خصوصی ☐مطب.....درمانگاه تامین اجتماعی.....درمانگاهها ☐پزشکی قانونی.....سایر ذکر نام:

مشخصات محل وقوع حادثه: نام کارگاه /واحد شغلی:.....نام کارفرما /مدیر:..... تعدادکل شاغلین:.....نفرنشانی کارگاه:.....					
مشخصات فرد آسیب دیده: نام ونام خانوادگی:..... کد ملی سرپرست خانوار کدملی آسیب دیده آدرس محل سکونت		سن (به سال):..... جنس:مرد ☐ زن ☐		تحصیلات: بیسواد ☐ اول تا پنجم ابتدایی ☐ سیکل ☐ دیپلم ☐ فوق دیپلم و بالاتر ☐ درآمد ماهیانه (به ریال):.....	
عنوان شغل فعلی	تاریخ شروع	تاریخ پایان	عنوان مشاغل قبلی	تاریخ شروع	تاریخ پایان
مشخصات حادثه: تاریخ وقوع حادثه: / / ۱۳.....ساعت وقوعمحل دقیق حادثه:..... عضو آسیب دیده:					
سر:	اندام فوقانی:	تنه:	اندام تحتانی:	چند نقطه از بدن :	
سر	دست	قفسه سینه	پا	صدمات عمومی	
جمعجه	انگشتان دست	ستون فقرات	انگشتان پا	سیستم عصبی	
گردن	مچ دست	پشت	ران	سیستم گوارشی	
مهره های گردن	بازو	شکم	زانو	دستگاه گردش خون	
گوش	شانه	لگن	مچ پا	محل نامشخص	
چشم	ساعد	سایر	اندام تناسلی		
دهان	سایر		سایر		
صورت					
سایر.....					
علت آسیب ۱: سقوط فرد از ارتفاع (نردبان ،ساختمان ،داربست ،ماشین الات،وسایل نقلیه ،درخت وغیره) سقوط به عمق (چاه ،کانال،حفره وغیره) ۲: برخورد برخورد/پرتاب/ضربه اشیا با فرد ☐ ۳-گیر کردن فرد بن شیئی ثابت ومتحرک یا دوشی متحرک ☐ ۴-فشار بیش از حد بر فرد۱۰اعمال نیروی بیش از حد بر کارگر مانند بلند کردن بار سنگین ،هل دادن ،کشیدن بار) ☐ ۵-تماس با دما یا اجسام خیلی سردیاداغ ☐ ۶-تماس با جریان الکتریکی (برق گرفتگی) ☐ ۷-مسمومیت حادثشغلی ☐ ۸-پرتو گیری ☐ ۹-سایر موارد ☐ ذکر علت آسیب..... شرح واقعه به اختصار.....					
نتایج: ۱-ارائه کمک های اولیه سرپایی وبازگشت به کار مصدوم ☐ ۲-ارائه خدمات اولیه و ارجاع ☐ محل ارجاع..... ۳-ارائه خدمات پزشکی وگواهی استعلاجی سه روزو بیشتر ☐ ۴-بستری بدون عمل جراحی ☐ ۵-عمل جراحی ☐ ۶-فوت ☐					
نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم:سمت.....امضاء.....					