



فرم گزارش حادثه

تاریخ
شماره
تاریخ تنظیم گزارش

عنوان حادثه:

مشخصات محل و زمان وقوع حادثه:
نام محل یا آزمایشگاه: نام دانشکده و یا مدیریت مربوطه شماره محل حادثه:
نام کارمند و یا تکنسین محل کار و یا آزمایشگاه نام مسئول
نشانی محل حادثه:
زمان وقوع حادثه: ساعت روز ماه سال ۱۳

مشخصات مصدومین (صرف نظر از شدت مصدومیت):
۱- نام: شماره تماس نوع جراحت و وظیفه در محل حادثه نشانی
۲ نام: شماره تماس نوع جراحت و وظیفه در محل حادثه نشانی

مشخصات چند نفر از شاهدین حادثه:
۱- نام: شماره تماس وظیفه در محل حادثه نشانی
۲- نام: شماره تماس وظیفه در محل حادثه نشانی
۳- نام: شماره تماس وظیفه در محل حادثه نشانی

برآورد میزان خسارت مالی :
علت حادثه
وسایل حفاظت موجود
آیا اطلاع رسانی از احتمال وقوع حادثه در محل انجام شده است. (موارد ذکر شود)

شرح واقعه
اقدامات دانشگاه بعد از حادثه:
چه اقداماتی برای جلوگیری از بروز حوادث مشابه بایستی انجام شود.

نام و نام خانوادگی تهیه کننده گزارش

امضاء

لطفا فرم را بدقت مطالعه و تکمیل فرمایید. از اطلاعات حاصله از این فرم جهت برآورد وضعیت موجود از نظر ریسک ناشی از کار در آزمایشگاه و یا سایر بخش های دانشگاه، و در نهایت افزایش ایمنی در آنها استفاده خواهد شد.