


	<b>فرم گزارش فوری رویداد ایمنی، بهداشت، محیط زیست</b>			
	شماره بازنگری:	کد مدرک: HSE-FO-001-00	تاریخ:	

\* این فرم مطابق روش اجرایی ثبت، بررسی و تجزیه و تحلیل رویدادهای دانشگاه، در دو بخش تهیه شده است. بخش اول به شبه حادثه و موارد نایمن و بخش دوم به وقوع حادثه جزئی و جدی اختصاص یافته.  
 \* لطفاً در صورت مشاهده یا تجربه شبه حادثه، موارد نایمن یا حوادث جزئی، بخش‌های مرتبط با نوع رویداد را با دقت نظر تکمیل و در اسرع وقت به مسئول HSE واحد تحویل نمایید.  
 \* در حوادث جدی فرم توسط مسئول HSE واحد تکمیل و بایستی حداکثر ۲۴ ساعت پس از وقوع حادثه جدی از طریق نامه اتوماسیون با رونوشت به رئیس اداره HSE دانشگاه به کمیته HSE معاونت مربوطه ارسال گردد.

<b>اطلاعات کلی</b>	نام اداره / بخش:	تاریخ وقوع:	ساعت وقوع:	ساعت تکمیل فرم:
	محل دقیق وقوع:		نام مسئول واحد:	
<b>نوع رویداد</b>	رویداد بدون آسیب یا خسارت: <input type="checkbox"/> شبه حادثه <input type="checkbox"/> شرایط یا اعمال نایمن <input type="checkbox"/> رویداد همراه با آسیب یا خسارت: <input type="checkbox"/> حادثه جزئی <input type="checkbox"/> حادثه جدی <input type="checkbox"/>			

<b>شبه حادثه / موارد نایمن</b>	<b>چنانچه رویداد از نوع بدون آسیب یا خسارت (شبه حادثه - شرایط یا اعمال نایمن) باشد این بخش را پر کنید:</b>	
	شرح مختصر شبه حادثه یا موارد نایمن مشاهده شده (در صورت نیاز از پشت صفحه استفاده شود):	
	پیشنهاد برای ایمن سازی شرایط (پیشنهاد خود را برای بهبود و ایمن سازی شرایط بیان کنید):	

<b>حادثه جدی / حادثه جزئی</b>	<b>چنانچه رویداد همراه با آسیب یا خسارت (حادثه جزئی - حادثه جدی) باشد این بخش را پر کنید:</b>	
	مشخصات فرد آسیب دیده	فرد آسیب دیده چه کسی است؟ <input type="checkbox"/> کارمند <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> ارباب رجوع <input type="checkbox"/> پیمانکار سایر.....
	نوع حادثه	<input type="checkbox"/> سقوط فرد از ارتفاع
		<input type="checkbox"/> تماس با دما یا اجسام خیلی سرد یا داغ
	بیامد حادثه	<input type="checkbox"/> لیز خوردن، سکندری خوردن، افتادن
		<input type="checkbox"/> فوت <input type="checkbox"/> مصدومیت و ارجاع به مراکز پزشکی
	عضو یا اعضای آسیب دیده مصدوم یا مصدومین (علاوه بر انتخاب نوع آسیب سمت آسیب دیده جب (L) راست (R) یا هر دو (B) را مشخص نمایید)	
	گوش	<input type="checkbox"/> دندان <input type="checkbox"/> سر <input type="checkbox"/> بازو <input type="checkbox"/> مچ دست <input type="checkbox"/> مچ پا <input type="checkbox"/> زانو <input type="checkbox"/> ستون فقرات
	چشم	<input type="checkbox"/> گردن <input type="checkbox"/> قفسه سینه <input type="checkbox"/> شانه <input type="checkbox"/> انگشتان دست <input type="checkbox"/> انگشتان پا <input type="checkbox"/> شکم <input type="checkbox"/> پشت
	دهان	<input type="checkbox"/> صورت <input type="checkbox"/> دست <input type="checkbox"/> ساعد <input type="checkbox"/> ساق پا <input type="checkbox"/> ران <input type="checkbox"/> لگن <input type="checkbox"/> سایر:
شرح مختصر حادثه (در صورت نیاز از پشت صفحه استفاده شود):		

این قسمت توسط مسئول HSE واحد پس از بررسی صحنه تکمیل می‌گردد.
ایا قبلا رویدادی مشابه با این رویداد گزارش شده است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> شماره گزارش: ..... تاریخ رویداد: .....
اقدامات فوری انجام شده جهت حذف یا کنترل خطر (در صورت نیاز از پشت صفحه استفاده شود):
اقدامات اصلاحی مورد نیاز جهت حذف یا کنترل خطر (در صورت نیاز از پشت صفحه استفاده شود):
مطالب به پیوست ادامه دارد <input type="checkbox"/>

نام رئیس کمیته HSE واحد  
شماره تماس  
امضاء

نام مسئول HSE واحد  
شماره تماس  
امضاء

نام تکمیل کننده فرم  
شماره تماس  
امضاء