



دانشکده پزشکی



کمیته ارتقاء ایمنی و کیفیت  
آزمایشگاه های دانشکده پزشکی

### فرم گزارش حوادث، وقایع و بیماریهای شغلی

فرد مصدوم/شاکی باید قسمت های الف و ب این فرم را تکمیل و حداکثر ۲۴ ساعت بعد از حادثه به سرپرست بلافاصل (مستقیم) خود ارائه نماید.

#### قسمت الف: اطلاعات عمومی (مرتبط با فرد مصدوم/شاکی)

نام: ..... نام خانوادگی: .....  
 کارآموز کارمند دانشجو شماره پرسنلی / دانشجویی  
 تلفن (محل کار): .....  
 تلفن (منزل): .....

#### قسمت ب: شرح واقعه

تاریخ گزارش: ...../...../۱۳..... زمان حادثه: ..... زمان گزارش: .....

محل واقعه دانشکده ..... آزمایشگاه .....

آیا شما آسیب دیده اید؟ (شرح آسیب و قسمت های آسیب دیده بدن)

چه عواملی سبب واقعه بودند؟

از گزینه های زیر یکی انتخاب شود و پاسخ داده شود:

۱- چگونه می توانستید از وقوع این حادثه جلوگیری کنید؟

۲- چگونه می شود از وقوع این حادثه جلوگیری کرد؟

آیا کمک های اولیه مورد استفاده قرار گرفت؟ بله  خیر  (اگر بلی، توسط چه کسی)

امضاء فرد مصدوم/ شاکی

اگر قسمت های الف و ب فرم توسط فرد دیگری غیر از فرد مصدوم تکمیل شده است، قسمت زیر تکمیل گردد.

فرم توسط اینجانب ..... تکمیل گردیده است.

شماره تلفن : ..... تاریخ: ...../...../۱۳ امضاء



دانشکده پزشکی



کمیته ارتقاء ایمنی و کیفیت  
آزمایشگاه های دانشکده پزشکی

### فرم گزارش حوادث، وقایع و بیماریهای شغلی

فرد مصدوم/شاکلی باید قسمت‌های الف و ب این فرم را تکمیل و حداکثر ۲۴ ساعت بعد از حادثه به سرپرست بلافاصل (مستقیم) خود ارائه نماید.

#### قسمت الف: اطلاعات عمومی (مرتبط با فرد مصدوم/شاکلی)

نام: ..... نام خانوادگی :  
کارآموز ..... کارمند ..... دانشجو ..... شماره پرسنلی /دانشجویی .....  
تلفن (محل کار): .....  
تلفن (منزل): .....

#### قسمت ب: شرح واقعه

تاریخ گزارش: ...../...../۱۳..... زمان حادثه: ..... زمان گزارش: .....  
محل واقعه ..... دانشکده ..... آزمایشگاه .....  
آیا شما آسیب دیده‌اید؟ (شرح آسیب و قسمت‌های آسیب دیده بدن)  
چه عواملی سبب واقعه بودند؟  
از گزینه‌های زیر یکی انتخاب شود و پاسخ داده شود:  
۳- چگونه می‌توانستید از وقوع این حادثه جلوگیری کنید؟  
۴- چگونه می‌شود از وقوع این حادثه جلوگیری کرد؟  
آیا کمک‌های اولیه مورد استفاده قرار گرفت؟  
بله  خیر  (اگر بلی، توسط چه کسی)

امضاء فرد مصدوم/ شاکلی

اگر قسمت‌های الف و ب فرم توسط فرد دیگری غیر از فرد مصدوم تکمیل شده است، قسمت زیر تکمیل گردد.

فرم توسط اینجانب ..... تکمیل گردیده است.

تاریخ: ...../...../۱۳..... امضاء

شماره تلفن : .....



دانشکده پزشکی



کمیته ارتقاء ایمنی و کیفیت  
آزمایشگاه های دانشکده پزشکی

فرم گزارش حوادث، وقایع و بیماریهای شغلی