



دانشگاه صنعتی سهند

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..... وظیفه در محل حادثه..... نشانی.....  
۲ نام:..... شماره تماس..... نوع جراحت..... 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.