



فرم اطلاعات بررسی حوادث ناشی از کار در مرکز قلب و عروق شهید رجائی

اطلاعات حادثه دیده				
	نام و نام خانوادگی:	نام پدر:	ساعت و تاریخ وقوع حادثه:	
	سن	کدملی	نام بخش	
علت وقوع حادثه				
شرح حادثه:				
عامل وقوع حادثه				
سقوط اشیاء	گیر کردن بین اشیاء یا ماشین آلات	حشرات و جوندگان		
آتش سوزی	مسمومیت حاصل از مایعات شیمیائی	بلند کردن اجسام		
انفجار	مسمومیت حاصل از گاز و بخار	آوار		
سقوط و لغزش	سوختگی	سایر		
برق گرفتگی	برخورد با اشیاء و تجهیزات			
نتیجه حادثه				
فوت	گرفتگی عضلات	سوختگی		
نقض عضو/قطع عضو	شکستگی/له شدگی	بریدگی/سوراخ شدگی		
مسمومیت/بیماری	پرتاب پلیسه به چشم	سایر		
محل آسیب دیدگی				
	نوع آسیب دیدگی	نوع آسیب دیدگی	نوع آسیب دیدگی	
سر	محل کاسه سر	گوش راست	چشم راست	
	دندان	گوش چپ	چشم چپ	
	دهان	بینی	صورت	
گردن	مهره گردن	گلو	نخاع	
	پشت	قفسه سینه	شکم	
تنه	لگن خاصره	نخاع	ستون فقرات	
	دستها	شانه راست	بازو راست	ساعد راست
مچ راست		آرنج راست	کف دست راست	
انگشتان راست		روی دست راست		
شانه چپ		بازو چپ	ساعد چپ	
مچ چپ		آرنج چپ	کف دست چپ	
انگشتان چپ		روی دست چپ		
پاها		زانوی راست	ساق پای راست	مچ پای راست
	ران راست	انگشتان پای راست	کف پای راست	
	روی پای راست			
	زانوی چپ	ساق پای چپ	مچ پای چپ	
	ران پای چپ	انگشتان پای چپ	کف پای چپ	
	روی پای چپ			

★ نوع آسیب دیدگی: نقض عضو/ قطع عضو/ شکستگی/ سوختگی/ جراحت/ ضربدیدگی/ پیچ خوردگی/ له شدگی/ سایر صدمات

نام، تاریخ و مهر و امضاء پزشک اورژانس:

نام، تاریخ و امضاء تکمیل کننده فرم:



مشخصات بیمه شده :

نام و نام خانوادگی :		شماره بیمه:	
شماره شناسنامه / کد ملی :		محل صدور:	
محل تولد:		وضعیت تأهل:	
تاریخ تولد:		سابقه کار :	

وظیفه سازمانی: (بر اساس حکم سازمانی فرد مرقوم شود)

ابزار کار بیمه شده هنگام حادثه :

وسایل حفاظت فردی مورد استفاده در زمان وقوع حادثه :

اقدامات انجام شده برای فرد حادثه دیده :

نام، تاریخ و امضاء تکمیل کننده فرم:

زمان تکمیل فرم:

* در هر نقطه از بیمارستان اگر هر یک از پرسنل به هنگام انجام فعالیت دچار حادثه شود بلا فاصله باید به بخش اورژانس مراجعه نموده تا پس از انجام اقدامات پزشکی فرم حادثه جهت ایشان تکمیل گردد.

* **فرم گزارش حادثه پیوست در دو نسخه** و در **بخش اورژانس** تنظیم می گردد. نسخه اول نزد دفتر پرستاری و یا اورژانس و نسخه دوم به واحد بهداشت حرفه ای ارسال می گردد. در صورتی که شخص مصدوم نیاز به رسیدگی بیشتر داشته باشد، به مراکز درمانی تخصصی اعزام می شود، در صورتیکه شخص حادثه دیده تحت پوشش بیمه تامین اجتماعی باشد، باید فرم حادثه مربوط به سازمان تأمین اجتماعی را در سه نسخه و ظرف مدت 3 روز کاری تکمیل نمود و یک نسخه از این فرم را همراه شخص مصدوم به بیمارستان های تحت پوشش این سازمان ارسال کرد. ارائه نسخه دوم فرم نیز به منظور تأیید حادثه ناشی از کار از سوی بازرسین بیمه و دریافت غرامت و دیه (در صورت نیاز)، به شعبه 25 تامین اجتماعی ارسال می گردد و نسخه سوم جهت پیگیری موضوع نزد واحد بهداشت حرفه ای محل کار نگهداری می شود. در صورتی که فرد حادثه دیده تحت پوشش قانون کار باشد، یک نسخه دیگر از این فرم جهت بازرسی فنی به وزارت کار و امور اجتماعی ارسال می گردد. در صورت تکمیل آن بعد از زمان تعیین شده، از سوی سازمانهای مربوطه مورد بررسی قرار نخواهد گرفت. اگر شخص مصدوم تحت پوشش بیمه خدمات درمانی باشد در آن صورت نیازی به ارسال فرم تکمیل شده به سازمان بیمه و اداره کار نمی باشد

* در مواردی که حوادث ناشی از کار منجر به فوت بیمه شدگان می گردد نظریه پزشک قانونی در مورد علت فوت یا نظریه پزشک یا بیمارستانی که با تعیین علت مرگ اجازه دفن را صادر نموده است باید اخذ گردد، این تأکید از آن جهت دارای اهمیت است که در بسیاری از موارد حادثه ناشی از کار علت واقعی مرگ بیمه شده نیست و بیمه شده همزمان با وقوع حادثه یا متعاقب آن به علت دیگری فوت می کند و تقارن مرگ با حادثه باعث می شود تصور شود که مرگ به علت حادثه مورد ادعا صورت گرفته است.

* موارد مذکور نیز می توانند به عنوان مدارکی جهت بررسی و تشخیص حوادث ناشی از کار باشد؛ آراء قطعی صادره از سوی مراجع قضایی در صورتی که موضوع در دادگاه طرح و منجر به صدور رأی شده باشد و پیگیری مراحل قانونی آن توسط واحد حقوقی انجام خواهد شد

ساعت و تاریخ انجام کار:

زمان وقوع حادثه باید در ساعات و روزهای کاری باشد.

زمان رفت و برگشت بیمه شده از محل کار به منزل و بالعکس نیز با شرایطی می تواند در این محدوده قرار گیرد: حوادثی که در فاصله محل کار و منزل بیمه شده اتفاق می افتد از نظر زمان وقوع حادثه حائز اهمیت است، فقط اوقات متعارف را می توانیم به عنوان اوقات مراجعه از نظر وقوع حادثه در نظر بگیریم این اوقات شامل زمان متعارف است که بیمه شده برای کار موظف باید به محل کار برود و نیز زمانی که پس از خاتمه کار به منزل برمی گردد. برای احراز واقعیت امر باید ساعات فعالیت و ساعات کار بیمه شده را در نظر گرفت

وظیفه سازمانی: (بر اساس حکم کارگزینی فرد حادثه دیده تکمیل گردد)

در بررسی حوادث بسیار اتفاق افتاده است که کار موظف بیمه شده ارتباطی با حادثه رخ داده جهت وی نداشته و بررسی علت امر ما را به غیرناشی از کار بودن حادثه و قصور کارفرما در بروز آن می رساند
حادثه به سبب انجام وظیفه (کار بیمه شده) واقع شده باشد: حادثه به سبب انجام وظیفه عبارت است از وجود رابطه سببیت بین کار و حادثه ای که برای بیمه شده اتفاق می افتد.

در مواردی که حادثه در محل کار یا ساختمانها و محوطه آن وقوع می یابد شرط حین انجام وظیفه محقق است، ولی ناشی از کار بودن حادثه محرز نیست و در این مورد قطعیت ناشی از کار بودن حادثه منوط به این است که وجود رابطه سببیت بین حادثه و وظایف و مسئولیت های بیمه شده محقق گردد بنابراین شرط دوم ناشی از کار بودن وجود رابطه سببیت بین کار و حادثه می باشد.

ابزار کار بیمه شده:

علت عاملی است که حادثه در اثر آن اتفاق می افتد مانند نقائص حفاظت فنی - وسائل معیوب - وسائل بی حفاظ، نوراقت، تهویه نامطلوب، و....

وسایل حفاظت فردی:

تجهیزاتی که جهت انجام کار خاص مورد نیاز است و عدم استفاده و عدم وجود آن می تواند سبب آسیب به فرد شود.