مرکز/شبکه:

نام واحد:

معاونت بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی

شهید بهشتی

فرم آمارحوادث

دوره تکمیل فرم : سه ماهه

111-03-03

تاریخ تکمیل :.../.../...

سه ماهه ☐

نوع واحد: ستاد ☐ مرکز بهداشتی و درمانی شهری ☐ مرکز بهداشتی و درمانی روستایی ☐ کارخانه ☐

نوع صدمه	شکستگی ودررفتگی			ضرب دیدگی و کوفتگی			قطع عضو			سوراخ شدن یا بریدگی			برق گرفتگی			خفگی			سوختگی			مسمومیت			فرو رفتن اجسام و ضرب دیدگی چشم			سایرموارد			جمع		
علت اصلی بروز حادثه / جنسیت	عمدی	شرایط ناامن	بی احتیاطی	عمدی	شرایط ناامن	بی احتیاطی	عمدی	شرایط ناامن	بی احتیاطی	عمدی	شرایط ناامن	بی احتیاطی	عمدی	شرایط ناامن	بی احتیاطی	عمدی	شرایط ناامن	بی احتیاطی	عمدی	شرایط ناامن	بی احتیاطی	عمدی	شرایط ناامن	بی احتیاطی	عمدی	شرایط ناامن	بی احتیاطی	عمدی	شرایط ناامن	بی احتیاطی	عمدی	شرایط ناامن	بی احتیاطی
مرد																																	
زن																																	
جمع																																	

نام ونام خانوادگی مشاور بهداشت حرفه ای : امضاء : نام و امضاء مدیر کارخانه/ شرکت :