

شماره مدرک : OH-FO-001/01 شماره بازنگری : ۳	برگه گزارش اتفاقات ، حوادث و موارد نا ایمن	بیمارستان مهر واحد بهداشت حرفه ای
--	---	--------------------------------------

شماره : تاریخ و ساعت وقوع حادثه / موارد نا ایمن مشاهده شده:						
مشخصات فرد آسیب دیده :						
نام و نام خانوادگی	شماره پرسنلی	سن	تحصیلات	سمت اصلی فرد	سابقه کار	کار محوله هنگام وقوع حادثه
محل وقوع حادثه : محیط کار ☐ محوطه ☐ سایر ☐ :						
شرح مختصر حادثه / موارد نا ایمن مشاهده شده :						
امضاء مسئول واحد :						
علت حادثه :						
☐ بی احتیاطی حادثه دیده		☐ بی احتیاطی سایرین		☐ عدم رعایت مقررات ایمنی		☐
☐ ماهیت غیر ایمن روش کار		☐ نقص ایمنی دستگاه		☐ نقص ایمنی ابزار		☐
☐ استفاده غیر صحیح از ابزار کار		☐ شرایط غیر ایمن محیط کار		☐ فقدان آموزش / تجربه		☐
☐ عدم استفاده از لوازم حفاظت فردی		☐ فقدان یا نامناسب بودن لوازم حفاظت فردی		☐ لغزنده بودن سطوح		☐
☐ لغزنده بودن سطوح		☐ رفتار و شرایط روحی نامناسب (حواس پرتی، استرس و...)		☐ سایر		☐
نوع حادثه :						
☐ سقوط اشیاء		☐ گیر کردن بین اشیاء		☐ جابجایی اشیاء		☐ آتش سوزی
☐ انفجار		☐ ریزش مواد		☐ لیز خوردن و لغزش		☐ تماس با اجسام داغ
☐ عدم رعایت نکات مربوط به تجهیزات		☐ تماس با مواد شیمیایی		☐ NEEDLSTICK		☐ بریدگی
اثر حادثه:						
☐ جراحت و بریدگی		☐ فوت		☐ نقص عضو		☐ از بین رفتن مواد
☐ از بین رفتن تجهیزات		☐ سوختگی		☐ پیامد زیست محیطی		☐ ضرب خوردگی و کوفتگی
☐ شکستگی		☐ سایر		☐ بیماری		
عضو آسیب دیده :						
پیامد زیست محیطی در اثر حادثه : -						
شرح اقدامات درمانی :						
☐ انجام کمکهای اولیه		☐ اعزام به اورژانس				
نتیجه اقدامات:						
☐ بستری در بیمارستان		☐ اعزام به منزل		☐ بازگشت به کار		
میزان استراحت و زمان تلف شده روز ساعت.....						
نظریه کارشناس بهداشت حرفه ای جهت بررسی و اقدامات پیشگیرانه و اصلاحی :						
نیاز به اقدام اصلاحی ، پیشگیرانه		☐ دارد		☐ ندارد		
شماره فرم اقدام صلاحی ، پیشگیرانه :						
امضاء کارشناس بهداشت حرفه ای						

شماره مدرک : OH-FO-001/01 شماره بازنگری : ۳	برگه گزارش اتفاقات ، حوادث و موارد ناایمن	بیمارستان مهر واحد بهداشت حرفه ای
--	--	--------------------------------------

دستورالعمل و راهنمای تکمیل فرم گزارش حوادث و موارد ناایمن :

طبق ماده ۹۵ قانون کار و الزامات اعتباربخشی، بیمارستان مهر اقدام به مستندسازی حوادث و شبه حوادث و موارد ناایمن در کلیه بخش های موجود در بیمارستان نموده است. لذا خواهشمند است فرم ثبت حوادث و موارد ناایمن در زمان بروز هر حادثه ای مرتبط با پرسنل (چه حوادث منجر به صدمات بدنی و چه حوادث منجر به خسارات مالی و حتی مواردی که منجر به صدمه بدنی یا خسارات مالی نیز نمیشوند)، برای مثال اگرسیم لخت برق یا اتصال ناایمن برق در بخش مشاهده گردید که حتی منجر به حادثه نگردیده است و یا نقص فنی و نبود حفاظ تجهیزات و وسایل که می تواند منجر به بروز حوادث گردد و یا هنگام وقوع حادثه برای یکی از پرسنل بخش مانند نیدل استیک ، سوختگی، ریختن مایعات یا خون روی پوست، ضربدیدگی و.... فرم مربوطه (OH-FO-001/01) را تکمیل نموده (توسط مسئول بخش) و در اسرع وقت به واحد بهداشت حرفه ای ارسال نمایید. لازم به یادآوری است که تکمیل این فرم در واحد اورژانس به معنای رفع مسئولیت گزارش از طرف مسئول، سرپرستار و یا مدیر قسمت نمی باشد و در تمامی شرایط فرم مذکور می بایست توسط مسئول واحد تکمیل و به واحد بهداشت حرفه ای ارسال گردد.

حادثه:

حادثه عبارت است از یک اتفاق پیش بینی نشده و خارج از انتظار که سبب صدمه و آسیب گردد.

شبه حادثه:

عبارت است از، رویدادی که می توانسته باعث بروز زیان شود، اما بر اثر خوش شانسی و نه بر اثر طراحی بدون زیان پایان گرفته است هر گاه پس از سر خوردن، فرد بتواند تعادل خود را حفظ کرده و به زمین نیفتد... یک شبه حادثه رخ داده است. بدین ترتیب عوامل به وجود آورنده حادثه و شبه حادثه یکی هستند.

نحوه تکمیل فرم ثبت حوادث:

✓ تاریخ ، ساعت حادثه یا موارد ناایمن مشاهده شده و مشخصات کامل فرد آسیب دیده را ثبت نمایید.

✓ فرد دقیقاً قبل از وقوع حادثه چه کاری انجام می داده است؟ فعالیت حین حادثه را به صورت دقیق توضیح دهید

مثال : جابجا کردن مواد، آماده سازی مواد شیمیایی مورد نیاز بخش ها، شستن لوله های آزمایشگاه، استفاده از فرمالین جهت ضد عفونی کردن تجهیزات، تعبیه آنژیوکت، تعمیر تجهیزات پزشکی، حمل سطل های زباله جهت تخلیه، حمل بیمار و حتی ابزارها ، تجهیزات که فرد با آن سروکار داشته است و... را ذکر کنید.

✓ جراحات چگونه رخ داده است؟ علت وقوع حادثه

مثال ها : نیدلینگ شدن پرستار حین کار به دلیل خستگی و بی خوابی یا حواس پرتی ، صدمه به چشم حین تعمیر تجهیزات بعلت عدم استفاده از عینک ایمنی، آسیب به کمر حین حمل سطل های زباله بعلت سنگینی سطل، کشیدگی و فتق کمر حین حمل بیمار، لیز خوردن فرد بعلت سطح لغزنده، صدمه به فرد بعلت نقص در تجهیزات

✓ نوع حادثه و اثر آن ثبت گردد :

مثال ها: تماس با مواد شیمیایی و سوختگی ، جابجایی اشیاء ضربدیدگی، ریختن خون یا مایعات بدن داخل چشم

وسایل حفاظت فردی PPE مانند : عینک، گوشی، ماسک، دستکش، لباس کار...

✓ عضو آسیب دیده ثبت گردد : مانند چشم ، پای چپ ، انگشت سوم دست راست

✓ اقدامات درمانی ثبت گردد.

✓ در باکس آخر فرم ، مربوط به نظریه کارشناس بهداشت حرفه ای چیزی نوشته نشود.