

عنوان روش اجرایی :

گزارش حوادث بیمارستان و اطلاع رسانی آن به تمامی کارکنان

کد: PDM 10-01	شماره ویرایش: ۷	تاریخ تصویب و ابلاغ: ۱۴۰۵/۲/۲۰
حوزه تولید: مدیریت خطر حوادث و بلایا	تعداد صفحه ها: ۳	تاریخ آخرین ویرایش: ۱۴۰۵/۲/۱۷
هدایت کننده: کارشناس بهداشت حرفه ای		تاریخ بازبینی بعدی: ۱۴۰۶/۲/۲۰

اهداف:

مهم ترین دلیل بررسی حوادث ناشی از کار و جمع آوری اطلاعات مربوط به آنها پی بردن به برنامه ها و راه های لازم جهت جلوگیری از وقوع مجدد آنها است که به دنبال آن از ایجاد خسارات احتمالی که ممکن است از ابعاد انسانی ، اقتصادی و اجتماعی به وجود آید ، جلوگیری شود.

دامنه کاربرد :

تمامی بخشها و واحدها

تعریف واژگان و کلمات کلیدی:

حوادث ناشی از کار، حوادثی هستند که درحین انجام وظیفه و به سبب آن برای بیمه شده اتفاق می افتند.

مسئولیتها و اختیارات:

مسئول بهداشت حرفه ای مسئول نظارت بر این روش اجرایی و سرپرستاران و مسئولین واحدها مسئول گزارش حوادث شغل در مرکز می باشند.

شیوه انجام کار :

ردیف	شیوه انجام کار	مسئول انجام
۱	در صورت بروز حادثه جهت کارکنان انتقال فرد مصدوم به بخش اورژانس در اسرع وقت صورت می پذیرد	سرپرستاران بخشها وسرپرستان واحدها
۲	تکمیل فرم حادثه ناشی از کار مخصوص بیمه شده تأمین اجتماعی در ۲ نسخه که در محل اورژانس قرار دارد	پزشک مقیم ومسئول اورژانس
۳	در صورتی که نوع استخدام شخص ، شرکتی باشد با شماره ۳۲۲۰ آقای فلاح (مسئول امور بیمه شدگان شرکتی)تماس گرفته شود وفرم حادثه تکمیل شده برای ایشان فرستاده شود	پزشک مقیم ومسئول اورژانس
۴	اعزام شخص مصدوم به خارج از مرکز (مراکز درمانی دولتی تحت پوشش بیمه تأمین اجتماعی)در صورت صلاحدید و نداشتن تخصص مربوطه	پزشک مقیم ومسئول اورژانس
۵	ارسال دو نسخه تکمیل شده فرم حادثه به واحد بهداشت حرفه ای ومسئول امور بیمه شدگان	مسئول اورژانس
۶	ارسال یک نسخه از فرم به اداره بیمه تأمین اجتماعی در مدت ۷۲ ساعت کاری	مسئول بهداشت حرفه ای
۷	در صورتیکه شخص مصدوم تحت پوشش بیمه خدمات درمانی بوده و نیاز به دریافت خسارت از بیمه باشد ،ضمن ارجاع ایشان به بخش اورژانس ،باید با مسئول امورحقوقی با شماره ۲۲۸۲ نیز تماس حاصل نماید.	پزشک مقیم و یا مسئول اورژانس
۸	در صورت بروز حوادثی که به نقض عضو،قطع عضو ویا فوت منجر می شود پزشک یا سر پرستار اورژانس مستقیماً با مسئول امور حقوقی با شماره ۲۲۸۲ تماس می گیرند	پزشک مقیم ویا مسئول اورژانس

نام و سمت تهیه کنندگان:

- دکتر فریدون نوحی: رئیس انستیتو
- دکتر رضا گل پیرا: معاون توسعه مدیریت و منابع
- دکتر مجید کیاور : مسئول اورژانس
- سمیه حیدری : سرپرستار اورژانس
- دکتر افشین حجتی : رئیس اداره امور حقوقی
- ندا شیرخانلو: مسئول بهداشت حرفه ای

مستندات مرتبط:

فرم گزارش حادثه مخصوص بیمه شدگان تأمین اجتماعی

مراجع:

سازمان تأمین اجتماعی و قوانین موجود

نام و امضاء سرپرست تهیه کنندگان: مسئول بهداشت حرفه ای: ندا شیرخانلو	نام و امضاء تایید کننده معاون توسعه مدیریت و منابع: دکتر رضا گل پیرا
مهر و امضاء دفتر بهبود کیفیت دکتر بهزاد مومنی	نام و امضاء تصویب و ابلاغ کننده رئیس انستیتو: دکتر فریدون نوحی



جمهوری اسلامی ایران
شعبه تامین اجتماعی.....

شماره.....
تاریخ.....



فرم گزارش حادثه:

مشخصات کارگاه:

نام کارگاه :.....نوع فعالیت.....شماره کارگاه.....نام کارفرما :.....نشانی
و شماره تلفن کارگاه.....کد پستی.....

مشخصات بیمه شده:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام و نام خانوادگی :.....نام پدر :.....شماره :.....
بیمه :

شماره شناسنامه :.....محل صدور :.....تاریخ تولد : روز.....ماه.....سال.....۱۳
شماره ملی :.....محل تولد:.....ملیت: ایرانی غیر ایرانی میزان تحصیلات.....:
وضعیت تأهل : مجرد متأهل تاریخ استخدام :...../...../.....وضعیت استخدام
.....
کاریکه موظف به انجام آن بوده :.....محل کار بیمه شده.....
دستمزد روزانه :.....(ریال) وسیله ایاب وذهاب به کارگاه :.....نشانی بیمه شده :.....
اوقات کارگاه :.....صبح عصر شب از.....لغایت.....
ساعات کار بیمه شده : صبح عصر شب از.....لغایت.....

چگونگی حادثه:

تاریخ وقوع حادثه : روز.....ماه.....سال.....۱۳
محل دقیق وقوع حادثه :.....
علت حادثه :.....

ابزار کار بیمه شده هنگام حادثه

وسایل حفاظتی مربوطه

نوع کار بیمه شده هنگام وقوع حادثه

عضو حادثه دیده :.....نتیجه حادثه

آیا بیمه شده در ارتباط با فعالیتی که دچار حادثه شده است آموزش لازم را دیده است؟ بلی
در صورت مثبت بودن پاسخ مدارک اخذ وضمیمه گردد.
شرح واقعه

اقداماتی که از طرف کارفرما برای معالجه بعمل آمده

شهود حادثه و تلفن آنها.....

آیا صورت مجلس از طرف مقامات صالح تنظیم شده است بلی
(در صورت مثبت بودن صورتمجلس ضمیمه و نام مرجع تنظیم کننده اعلام شود)

این گزارش با توجه کامل به مفاد ۹۷ و ۱۰۵ قانون تأمین اجتماعی تنظیم گردیده و صحت مندرجات آن گواهی می شود.

نام و نام خانوادگی کارفرما یا نماینده او

شماره ثبت گزارش در شعبه:

تاریخ:

امضاء مجاز و مهر کارگاه