

مرکز/شبکه:.....

نام واحد:.....

معاونت بهداشتی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شهید بهشتی

نام فرم : فرم آمار حوادث

دوره تکمیل فرم : سه ماهه

کد فرم : ۱۱۱-۰۳-۰۷

تاریخ تکمیل : .../.../...

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

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

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :

نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول :