

بسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت بهداشتی شهید بهشتی

نام فرم: گزارش فصلی حوادث

کد فرم: ۱۱۱-۰۳-۰۳

تاریخ تکمیل فرم:

دوره تکمیل فرم: فصلی (سه ماهه)

نام مرکز یا شبکه:

نام مرکز بهداشتی درمانی:

نام 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 نامن	عمدی										
													علت اصلی بروز حادثه
													جنسیت
													مرد
													زن
													جمع

نام و نام خانوادگی کارشناس مسئول:

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: