

KAZA BİLDİRİM FORMU

Dok. No : İSGD-4
Yay. Tarihi : 07.10.2022
Rev. Tarihi : 00
Rev. No. : 00

İŞ KAZASI FORMU TUTULAN İŞ YERİNİN BİLGİLERİ

Unvanı

Adresi

Sgk Sicil Numarası

Olayın Lokasyonu

Kazazedeye Ait Bilgiler

Kaza Zamanı

Adı Soyadı

:

Tarih

:

Departman

:

Kaza Saati

:

Görevi

:

Görülme Saati

:

Kazazedenin Olay Sırasındaki Durumu ve Kazanın Oluşumu

(Kazanın gerçekleştiği Bölüm amirive/veya kazazedenin amiri tarafından doldurulacak)

Kazazede kaza anında ne iş yapıyordunuz?

Kazazedeye bu görevi kim, neden vermişti?(Kendi bölümünün dışında bir bölümde çalışıyorsa.)

Kazaya şahit oldunuz mu? Kaza nasıl oldu/olmuş?

Şahitler

Şahit-1 Adı/Soyadı, İmzası

Şahit-2 Adı/Soyadı, İmzası

Şahit-3 Adı/Soyadı, İmzası

Problem/Kök Neden

Karşı Önlem

Düz/Ön

Tarih

Sorumlu

Kazazedenin kaza anında kullandığı Kişisel Koruyucu Donanımları işaretleyiniz. "X"



Kazazede bağlı bağlı bulunduğu bölümde mi çalışıyordunuz?

Evet

Hayır

Kazazedenin amirinin işten haberi var mıydı?

Evet

Hayır

Kazazedenin kaza anında yaptığı işle alakalı bir güvenli çalışma talimatı asılı olarak sahada bulunmakta mıdır?

Evet

Hayır

Daha önce aynı işten kaynaklanan bir kaza yaşanmış mıydı?

Evet

Hayır

Daha önce aynı işten kaynaklanan bir ramak kala yaşanmış mıydı?

Evet

Hayır

Kaza gerçekleştikten hemen sonra kazazedenin bilinci yerinde miydi?

Evet

Hayır

Maddi hasar var mı?

Evet

Hayır

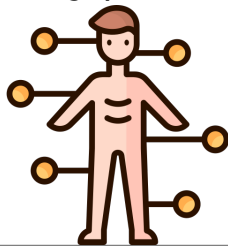
Kayıplara Ait Bilgiler

(Kazanın gerçekleştiği bölümün ve kazazedenin amiri tarafından doldurulacak)

MÜDAHALE

Sağlık Birimi Çalışanlar Hastane

Yaralanan bölgeyi daire içine alınız.



Yarayı tarif ediniz.

Yorum (Kazanın Tekrarlanmaması için)

İş Güvenliği Uzmanı :

İşyeri Hekimi :

Bölüm Amiri :

İşveren/Vekili :

Kontrol Eden

Onaylayan



Tema tasarımları İSG Danışmanım tarafından yapılmıştır.
www.isgdanismanim.com

