

<b>კომისიის მიერ სამუშაო სივრცეში მომხდარი უბედური შემთხვევის მოკვლევის ოქმი</b>		
<b>1. ზოგადი ინფორმაცია</b>		
თარიღი: ____/____/____	ოქმის შემდგენი პირი  სახელი, გვარი: _____  პ/ნ: _____  ტელ: _____	უბედური შემთხვევის სახე საშუალო/მძიმე/ფატალური/ მასობრივი  _____  _____
<b>2. ინფორმაცია სანარმო/ორგანიზაციის შესახებ</b>		
კომპანიის დასახელება: _____ ს/კ: _____ ტელ: _____ მის: _____ საქმიანობის სფერო: _____ დაწესებულების ხელმძღვანელი _____		
<b>3. ინფორმაცია უბედური შემთხვევის შესახებ</b>		
უბედური შემთხვევის თარიღი: " ____ " _____ 20 ____ წ. _____ საათი. _____ წუთი.		
უბედური შემთხვევის ფაქტობრივი შედეგი  <input type="checkbox"/> გარდაცვალება <input type="checkbox"/> ჯანმრთელობის დაზიანება <input type="checkbox"/> სახითათო შემთხვევა <input type="checkbox"/> სხვა _____	ქონების დაზიანება  <input type="checkbox"/> შენობა/შენობის ნაწილი <input type="checkbox"/> აღჭურვილობა <input type="checkbox"/> ტექნიკური დანადგარი <input type="checkbox"/> სხვა _____	სამუშაო პროცესიდან გამომდინარე  დიახ <input type="checkbox"/> არა <input type="checkbox"/>
<b>4. დაშავების ტიპი (თუ დადგენა შესაძლებელია):</b>		

<input type="checkbox"/> იარა/ნაკანრი <input type="checkbox"/> ამპუტაცია <input type="checkbox"/> ასთენიკია/მოხრჩობა <input type="checkbox"/> ცხოველის/მწერის ნაკბენი <input type="checkbox"/> დამწვრობა <input type="checkbox"/> თავის ტვინის დახურული ტრამვა/ჰემატომა <input type="checkbox"/> ტვინის შერყევა	<input type="checkbox"/> ღრძობა/დაჭიმულობა <input type="checkbox"/> ელექტროშოკი <input type="checkbox"/> ინტოქსიკაცია <input type="checkbox"/> მოტეხილობა <input type="checkbox"/> დასხივება <input type="checkbox"/> სხვა:
---	--

**5. სხეულის დაზიანების ლოკაცია (თუ დადგენა შესაძლებელია)**

<input type="checkbox"/> ზედა კიდური <input type="checkbox"/> ქვედა კიდური <input type="checkbox"/> ხერხემლის სვეტი <input type="checkbox"/> გულ-მკერდი <input type="checkbox"/> ყური <input type="checkbox"/> თვალი <input type="checkbox"/> თითის ფალანგი	<input type="checkbox"/> მენჯ-ბარძაყი <input type="checkbox"/> შინაგანი ორგანოები <input type="checkbox"/> სახის მიდამო <input type="checkbox"/> თავის ტვინი <input type="checkbox"/> თავი <input type="checkbox"/> სხვა _____
---	---

**6. დაზარებულ(ებ)ის /გარდაცვლილ(ებ)ის პირადი ინფორმაცია  
(შენიშვნა: ორზე მეტი დაზარებულის პირადი ინფორმაცია წარმოადგინეთ დანართის სახით)**

<p>სახელი: _____          გვარი: _____          პ/ნ: _____          ტელ: _____</p> <p>მის: _____          დაბადების თარიღი: _____          სამუშაო პოზიცია: _____</p>	<p>დასაქმების თარიღი: _____</p> <p>სამუშაო სტაჟი, უბედური შემთხვევის მოხდენამდე: _____</p> <p>სამუშაო დღეების რაოდენობა კვირაში: _____          ცვლიანობის ხანგრძლივობა: _____          სამუშაოზე დაშვებამდე ჩატარებული სამედიცინო შემოწმება (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) _____</p>
---	---

<p>სახელი: _____          გვარი: _____          პ/ნ: _____          ტელ: _____</p> <p>მის: _____          დაბადების თარიღი: _____          სამუშაო პოზიცია: _____</p>	<p>დასაქმების თარიღი: _____</p> <p>სამუშაო სტაჟი, უბედური შემთხვევის მოხდენამდე: _____</p> <p>სამუშაო დღეების რაოდენობა კვირაში: _____          ცვლიანობის ხანგრძლივობა: _____          სამუშაოზე დაშვებამდე ჩატარებული სამედიცინო შემოწმება (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) _____</p>
---	---

**7. ინფორმაცია ჩატარებული ინსტრუქტაჟის/ სწავლების შესახებ:**





Blank space for handwritten notes.

**10. თანდართული მასალა:**

ფოტო <input type="checkbox"/>	თვითმხილველთა ჩვენებები <input type="checkbox"/>	სხვა: <input type="checkbox"/>
ესკიზები <input type="checkbox"/>	სამედიცინო დასკვნები <input type="checkbox"/>	

თვითმხილველები	პირადი ინფორმაცია	პოზიცია	კომპანიის დასახელება
	1. _____ (სახელი, გვარი, პ/ნ, ტელ.)		
	2. _____ (სახელი, გვარი, პ/ნ, ტელ.)		
	3. _____ (სახელი, გვარი, პ/ნ, ტელ.)		

<b>11. უბედურ შემთხვევასთან კავშირში მყოფი პირის ან სხვა პირების (გვარი, სახელი, თანამდებობა, საკონტაქტო მონაცემები) ქმედების აღწერა</b>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

**12. უბედური შემთხვევის დროს საწარმოო გარემოს პირობები: (ფიზიკური, ქიმიური, ბიოლოგიური, ფსიქო-სოციალური ფაქტორები)**

Blank space for handwritten notes.



---



---



---

<b>14. უბედური შემთხვევის მომკვლევო კომისია</b>	<b>პირადი ინფორმაცია</b>	<b>სამუშაო პოზიცია</b>	<b>დანესებულება</b>
	1. _____ (სახელი, გვარი, პ/ნ, ტელ.)  2. _____ (სახელი, გვარი, პ/ნ, ტელ.)  3. _____ (სახელი, გვარი, პ/ნ, ტელ.)  4. _____ (სახელი, გვარი, პ/ნ, ტელ.)		

**დამატებითი ინფორმაცია:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**15. კომისიის დასკვნა:**

ნორმატიული აქტ(ებ)ით გათვალისწინებული მოთხოვნების დარღვევა/შეუსრულებლობა, რომელმაც გამოიწვია უბედური შემთხვევა

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

დამატებითი ინფორმაცია:

ხელმოწერა:

კომისიის წევრის განსხვავებული აზრი:	
<u>სახელი, გვარი:</u>	<u>თარიღი:</u>
ნორმატიული აქტ(ებ)ით გათვალისწინებული მოთხოვნების დარღვევა/შეუსრულებლობა, რომელმაც გამოიწვია უბედური შემთხვევა	
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	



უბედური შემთხვევის მიზეზების აღმოფხვრის ღონისძიებები.

დამატებითი ინფორმაცია:

ხელმოწერა: