



مملكة البحرين

الهيئة العامة لصندوق التقاعد  
و وزارة الصحة

STATE OF BAHRAIN  
The Pension Fund  
Commission  
&  
Ministry of Health

## Occupational Trauma Report

تقرير إصابة عمل

NAME ..... التاريخ DATE ..... الاسم

CPR [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Sex ..... الجنسية NATIONALITY ..... الجنس

العنوان شقة بناية طريق منطقة مجمع هاتف  
ADDRESS Flat Bldg Road Area Block Tel.

Occupation ..... الوظيفة Employer ..... جهة العمل

BROUGHT BY ..... NEXT OF KIN ..... اسم أقرب شخص

ACCIDENT CLASSIFICATION: R.T. Accident (Driver  سائق - Passenger  راكب - Pedestrian  ماشي)

Work  عمل - Occupational  مهني - Sport  رياضة - Self Inflicted  متعمد - Assault  اعتداء - Exhaustion  إرهاق - Death  وفاة

التوقيع مع الختم الرسمي للجهة المعنية بالموظف Time ..... وقت الحادث Date of Incident ..... تاريخ الحادث

Details of Incident ..... تفاصيل الحادث

Temp ..... Pulse ..... وقت فحص الطبيب

BP ..... Resp ..... Time of Arrival at H.C. ..... وقت الوصول للمركز Time Seen by Physician ..... وقت فحص الطبيب

ALLERGIES .....

### History

### Physical

### Investigations

### DIAGNOSIS

### REFERRED TO

- Surgical
- Medical
- Ortho.
- Gyn / Obs.
- E.N.T.
- Eye
- Others
- X-Ray

- ECG

### ATTENDANCE REPORT

بيان بتردد المصاب للعلاج

توقيع الطبيب المعالج Doctor's Signature	بيان حالة الإصابة Discharge / Impression	تاريخ مراجعة المناظرة Date of Follow up	Absence from Work		تاريخ المناظرة Date of Consultation
			From	To	

REGISTER NO: .....

DISCHARGE PRESCRIPTION

DATE: .....

PATIENT'S NAME :

Signature

DOCTOR'S NAME

ابيض : جهة العلاج - أزرق قسم الطوارئ - اخضر : صندوق التقاعد - وردي:ديوان الخدمة المدنية - أصفر:مركز الشرطة - ذهبي : جهة العمل  
White : Treatment centre, Blue : A & E, Green : PFC, Pink : CSB, Yellow : Police, Old gold : Personnel file