



Occupational Trauma/Disease Report

تقرير عن إصابة عمل / مرض مهني

Name _____ الاسم _____ DATE _____ التاريخ _____
 CPR [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] الرقم السكاني Sex _____ الجنس NATIONALITY _____ الجنسية _____
 العنوان _____ شقة _____ بناية _____ طريق _____ منطقة _____ مجمع _____ هاتف _____
 ADDRESS Flat Bldg Road Area Block Tel.
 OCCUPATION _____ الوظيفة EMPLOYER _____ جهة العمل
 TELEPHONE _____ هاتف P.O. Box _____ ص ب
 EMPLOYER No. _____ رقم تأمين صاحب العمل GOSI No. _____ رقم تأمين العامل
 BROUGHT BY _____ أحضر بواسطة NEXT OF KIN _____ اسم أقرب شخص

ACCIDENT CLASSIFICATION : R.T. Accident طريق (Driver سائق Passenger راكب Pedestrian ماشي)
 Work عمل Occupational مهني Sport رياضة Self inflicted متعمد Assault اعتداء Exhaustion إرهاق Death وفاة

Temp	التوقيع مع الختم الرسمي لجهة العمل	Time _____ وقت الحادث Date of Incident _____ تاريخ الحادث
BP		Details of incident _____ تفاصيل الحادث
Pulse		Cause _____ سبب الإصابة
Resp.		Place _____ مكان وقوع الإصابة
Allergies:		Type _____ نوع الإصابة
Time of Arrival at H.C. _____ وقت الوصول للمركز		Time Seen by Physician _____ وقت فحص الطبيب

History		DIAGNOSIS REFERRED TO A & E Surgical Medical Ortho. Gyn / Obs E.N.T. Eye Dental Local HC Others	
Physical			
Investigations			
<input type="checkbox"/> Fit for Duty <input type="checkbox"/> Advised Rest for _____ Days ()			

توقيع الطبيب المعالج Doctor's Signature	بيان حالة الإصابة Discharge/Impression	تاريخ مراجعة المناظرة Date of Follow up	مدة التخلّف عن العمل		تاريخ المناظرة Date of Consultation
			من	إلى	

DISCHARGE NOTE _____ **DATE** _____

Fit for Duty (Back to Work) _____ عودّة للعمل

Advised Light Duty for _____ Days () _____ يوم () ينصح بعمل خفيف لمدة _____

Doctor's Name
& Signature