

فرم گزارش فوری حوادث مهم بهداشت، ایمنی و محیط زیست (HSE)

این فرم باید حداکثر تا سه ساعت پس از وقوع حادثه به دفتر وزیر محترم نفت به شماره نامبر 88939304 و دفتر مدیر کل HSE وزارت نفت به شماره نامبر 88808856 و دفتر مدیر HSE شرکت ملی گاز به شماره 84877549 ارسال گردد.

1- اطلاعات عمومی حادثه

نام شرکت اصلی:	نام شرکت فرعی:	منطقه:
تاریخ حادثه:	ساعت حادثه:	ساعت تکمیل فرم:
نام مسئول شیفیت در زمان حادثه:	نام و شماره تماس تکمیل کننده فرم:	

2- نوع حادثه:

☐ آتش سوزی	☐ تصادف	☐ شکستگی/پارگی خط لوله	☐ انتشار گاز/ نشت مواد هیدروکربنی و شیمیایی
☐ انفجار	☐ سقوط از ارتفاع	☐ واژگونی نفتکش	☐ مسمومیت حاد
☐ سایر موارد			

3- پیامد حادثه:

پیامد اولیه:	نیروی انسانی	تاسیسات/س	محیط
--------------	--------------	-----------	------

4- پیامد ثانویه حادثه:

تعداد..... نفر رسمی	☐ بیمانکاری	☐ قراردادی	☐ توقف عملیات	☐ هوا	☐ خاک	☐ آب سطحی	☐ آب زیرزمینی
تعداد..... نفر رسمی	☐ بیمانکاری	☐ قراردادی	☐ آلودگی	☐ رودخانه	☐ سد/دریاچه		

5- اطلاعات مرتبط با ریزش، نشت گاز/مواد هیدروکربنی و شیمیایی:

نوع ماده:	مدت زمان ریزش/تخلیه:	حدود شعاع آلودگی:
محل ریزش/نشت:	داخل تاسیسات	منطقه مسکونی
منطقه حفاظت شده	زمین کشاورزی	سد/دریاچه
حجم ریزش/تخلیه/نشت: (توضیح: فرآورده/مایعات شیمیایی (بر حسب لیتر)، نفت(بشکه)، پساب آلوده(مترمکعب)، گاز(مترمکعب) در این بخش درج گردد)		
منشا ریزش/نشت:	خط لوله	بشکه
	مخزن	سیلندر
	نفتکش	سایر موارد

6- علت احتمالی حادثه:

☐	اشکال طراحی (مکانیکی، برق، ماشینهای دوار، ابزار دقیق، ختمانی....)
☐	اشکال در عملیات (نظیر عدم نگهداری مناسب از تجهیزات، عدم رعایت زمانبندی در اجرای عملیات،...)
☐	فرسودگی تاسیسات (نظیر پوسیدگی خطوط لوله، فرسودگی مخازن، خوردگی داخلی و خارجی...)
☐	خطای انسانی (نظیر عدم درک روش اجرایی، فراموش کردن روش اجرایی در اثر عدم آموزش، عدم تمرکز، خستگی و....)
☐	عملکرد نا ایمن (نظیر ترك تجهیزات در وضعیت خطرناك، عدم استفاده از تجهیزات حفاظت فردی،...)
☐	شرایط نا ایمن (نظیر نا ایمن بودن جاده، برخورد اجسام، فقدان روشنایی کافی، صدا و ارتعاش،...)
☐	اشکال در رویه اجرا (نظیر عدم نظارت و بازرسی، نداشتن پرمیت، عدم اجرا رویه های HSE،...)
☐	عوامل طبیعی (بلایای طبیعی نظیر زلزله، سیل، طوفان،...)

7- شرح مختصر حادثه:

--

8- اقدامات فوری انجام شده بمنظور کنترل حادثه:

--

9- شرح وضعیت مصدوم/مصدومین حادثه:

نام مصدوم:	سن:	سابقه کار:	پست/فعالیت سازمانی:
شرح مختصر از نوع مصدومیت:			

10- تایید فرم حادثه:

صحت اطلاعات فوق تایید شده و گزارش تکمیلی این حادثه ظرف 10 روز به اداره کل HSE ارسال خواهد شد..

محل امضاء رئیس HSE:	محل امضاء مدیر عامل/رئیس مجتمع(تایید کننده):	تلفن:
		نامبر: