



Deanship of Planning and Quality Management
Office of Health and Safety

UoN/DPQM-HSO-FORM-006/V1/2018

Chemical Spillage Form
استمارة تسرب كيميائي

Name/ Title:	الاسم/الوظيفة:	ID No.:	الرقم الجامعي:	Mobile No.:	هاتف:	Sign.:	التوقيع:
College/ Center:	الكلية/المركز:	Exact incident location:				موقع الحادث بالتحديد:	
Supervisor Name/Title:	اسم المشرف/الوظيفة:	ID No.:	الرقم الجامعي:	Mobile No.:	هاتف:	Sign.:	التوقيع:
Incident Date and time:	تاريخ ووقت الحادث:	Reporting date and time		تاريخ وقت التقرير:			
Reported by:	كتب التقرير بواسطة:	Reported by:		كتب التقرير بواسطة:			
Incident details: تفاصيل الحادث:							
Is the incident work related: ☐ Y ☐ N				Is medical attendance required: ☐ Y ☐ N provide details if yes:			
هل الحادث مرتبط بالعمل ☐ نعم ☐ لا				هل الحضور الطبي ضروري ☐ نعم ☐ لا، أكتب التفاصيل إذا كانت الإجابة نعم:			



Deanship of Planning and Quality Management
Office of Health and Safety

UoN/DPQM-HSO-FORM-006/V1/2018

Effects type نوع التأثيرات							
Contact with chemical ملامسة مواد كيميائية	Allergen exposure التعرض لمسببات الحساسية	Slip/Trip /Fall انزلاق/ تعثر/ سقوط	Eyes affected تأثر العين	Face affected تأثر الوجه	Hands affected تأثر اليدين	Feet affected تأثر الأقدام	Others أخرى
Chemicals involved in the incident المواد الكيميائية المرتبطة بالحادث							
No. رقم	Name/ Description: الاسم/ الوصف:	Classification/ Type: التصنيف/ النوع:	Quantity : الكمية:				
1							
2							
3							
Precautions taken after the accidents: الاحتياطات التي تم اتخاذها بعد الحوادث:							