



Deanship of Planning and Quality Management
Office of Health and Safety

UoN/DPQM-HSO-FORM-014/V1/2018

Health and Safety Incident Report Form
استمارة الإبلاغ عن حوادث الصحة والسلامة

About the Incident عن الحادث				
Name of person reporting the incident: اسم الشخص المبلغ عن الحادث:				
Department: القسم:		Contact details: تفاصيل التواصل:	E-mail: البريد الإلكتروني:	
			Mobile: الهاتف:	
Date incident reported: تاريخ البلاغ عن الحادث:			Time reported: وقت البلاغ:	AM / PM
Date of incident took place: تاريخ وقوع الحادث:			Time of Incident: وقت وقوع الحادث:	AM / PM
Location::الموقع				
What was being done at the time of the incident: نوع العمل أثناء وقوع الحادث:				



Deanship of Planning and Quality Management

Office of Health and Safety

UoN/DPQM-HSO-FORM-014/V1/2018

What happened: Continue on a separate sheet if necessary. Include anything that may have contributed to the incident. تفاصيل الحادث: "كتابة كل التفاصيل ويمكن لاستمرار في ورقة أخرى عند الحاجة"			
Injuries / illness/ damages details: تفاصيل الإصابات/المرض /التلف:			
About the person/s affected تفاصيل الشخص / الأشخاص المصاب أو المتأثر			
Full Name: الاسم الكامل:			
Address: العنوان:			
Contact details: تفاصيل التواصل:	E-mail: البريد الإلكتروني:		Mobile: الهاتف:
Department: القسم:			Position: الوظيفة:
Age: العمر:			Gender: الجنس: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>
Status: الوضع الحالي:	Student <input type="checkbox"/> طالب Staff <input type="checkbox"/> موظف Contractor <input type="checkbox"/> متعاقد Visitor <input type="checkbox"/> زائر		
If contractor: Employer's name: إذا كنت متعاقد، اسم الشركة:			



Deanship of Planning and Quality Management
Office of Health and Safety

UoN/DPQM-HSO-FORM-014/V1/2018

Witness details تفاصيل الشهود			
Name: الاسم:		Contact details: تفاصيل التواصل:	
1			
2			
3			
4			
5			
First Aid details (Attended First Aider should complete this section) معلومات الإسعافات الأولية (لاستخدام المسعفين)			
First aid provided: هل تم توفير الإسعافات الأولية:	Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/>	Time of attendance: وقت الحضور:	
Details: التفاصيل:			
Name of First Aider: اسم المسعف:		Sign.: التوقيع:	



Deanship of Planning and Quality Management
Office of Health and Safety

UoN/DPQM-HSO-FORM-014/V1/2018

Post incident action الإجراءات بعد الحادث			
What happened to the injured person afterwards:			ماذا حدث للمصاب بعد وقوع الحادث:
Taken directly to hospital أخذ للمستشفى	<input type="checkbox"/>	Went home ذهب للمنزل	<input type="checkbox"/>
		Returned back to work/study عاد إلى الدراسة/العمل	<input type="checkbox"/>
Actions taken to avoid similar incidents in the future الإجراءات المتخذة لتجنب حوادث مشابهة في المستقبل			
Report written By كتب التقرير بواسطة			
Name: الاسم:			
Department: القسم:		Title: الوظيفة:	
E-mail: البريد الإلكتروني:		Mobile: الهاتف:	
Sign.: التوقيع:		Date: التاريخ:	



Observations and Recommendations

الملاحظات والتوصيات