

## نموذج الإبلاغ عن الحوادث Incident Reporting Form

إرسالية بالفاكس موجهة إلى الإدارة العامة للسلامة والأمن الصناعي بالمركز الرئيسي (0114409563) Sending by Fax to HSSE at HQ											
Water services department / Business Unit					إدارة خدمات المياه/وحدة أعمال						
(Site/ Project) Name اسم (المنشأة/ المشروع)					Contractor name اسم المقاول						
Supervision/ consultant الإدارة الفنية المشرفة/ الاستشاري					Cluster القطاع						
<input type="checkbox"/> Other, specify حدد أخرى .....			<input type="checkbox"/> O&M إدارة التشغيل والصيانة			<input type="checkbox"/> projects إدارة المشاريع			Department الإدارة المختصة		
Street الشارع		District الحي		City المدينة		Incident location مكان الحادث					
Start time ( : ) AM/PM وقت بداية الحادث ( : )			End Time ( : ) AM/PM وقت انتهاء الحادث ( : ) ص/م			Date: التاريخ:		Day يوم الحادث			
<input type="checkbox"/> Breakdown/ توقف / تعطل <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Theft سرقة <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Fire حريق <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Alarm إنذار <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Collapse انهيار حفري <input type="checkbox"/>		Incident type نوع الحادث	
<input type="checkbox"/> Other, specify ..... ..... حدد أخرى ،		<input type="checkbox"/> Traffic سير/مروري <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Leakage تسرب كلور <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Death وفاة <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Injury إصابة عمل <input type="checkbox"/>			
Description					وصف الحادث						
Reasons					أسباب الحادث						
Impact					تأثير الحادث على سير العمل						
الأضرار البشرية Human Losses											
Severity ( Death, Injury) شدة الإصابة (وفاة، إصابة)		Job Title مسمى الوظيفة		Nationality الجنسية		ID number رقم الهوية/ الإقامة		Name الاسم			
Financial losses					الأضرار المادية						
Control Measures					الإجراءات للسيطرة على الموقف						
<input type="checkbox"/> Other, specify حدد أخرى .....			<input type="checkbox"/> Civil defense الدفاع المدني		<input type="checkbox"/> Red Crescent الهلال الأحمر		<input type="checkbox"/> Police الشرطة		<input type="checkbox"/> Traffic المرور		Involved entities الجهات المشاركة
Report Type		<input type="checkbox"/> Final / نهائي			<input type="checkbox"/> Initial/ أولي			نوع البلاغ			
HSSE Manager					المبلغ عن الحادث						
Name / الاسم					Name / الاسم						
Title / الوظيفة					Title / الوظيفة						
Sign / التوقيع					Sign / التوقيع						
Mobile / رقم الاتصال					Mobile / رقم الاتصال						