



SKJEMA FOR REGISTRERING AV PERSONSKADER
FOR
ANSATTE I GÁIVUONA SUOHKAN / KÅFJORD KOMMUNE

Arbeidssted:

Hvem var utsatt for skaden/hendelsen?

Navn:

Født:

Stilling:

Stillingsstørrelse:

100 % Stilling

Deltidsstilling

Vikariat/ekstrahjelp

Skadetidspunkt:

Dato:

Klokkeslett:

Normalarbeidstid

Overtid

Skadested:

På vanlig arbeidsplass

Inne

Ute

På vei til/fra jobb

Mellom arbeidsplasser

Annet (beskriv hvis nødvendig)

Hva holdt ansatte på med da skaden inntraff?

Generell del:

Fall

Forbrenning

Forgiftning

Løfteskader

Etsende stoffer

Kutt/stikk

Spon/splinter

Klemskader

Elektrisk støt

Fallende gjenstand

Sprut av veske

Annet, spesifiser:

Spesiell del: (vold, trusler om vold)

Kloring

Lugging

Slag

Spark

Biting

Spyting

Kvelingsforsøk

Kutt/stikk

Knyttet neve

Verbal trussel

Trussel med gjenstand

Trakassering

Trussel mot pårørende

Mordtrussel

Annet, spesifiser:

Skadet kroppsdel: (sett et eller flere kryss)

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hode | <input type="checkbox"/> Ansikt | <input type="checkbox"/> Hals/nakke |
| <input type="checkbox"/> Skulder/arm | <input type="checkbox"/> Brystregion | <input type="checkbox"/> Rygg |
| <input type="checkbox"/> Mageregion | <input type="checkbox"/> Underliv | <input type="checkbox"/> Hofte/lår |
| <input type="checkbox"/> Kne/legg | <input type="checkbox"/> Ankel/fot | <input type="checkbox"/> Psykisk |

Alvorlighetsgrad:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ingen eller ubetydelig skade | <input type="checkbox"/> Medførte smerte/reduisert arbeidsførhet |
| <input type="checkbox"/> Avbrekk i arbeidet under 1 dag | <input type="checkbox"/> Egenmelding |
| <input type="checkbox"/> Legehjelp | <input type="checkbox"/> Sykemelding |
| <input type="checkbox"/> Arbeidstilsynet | <input type="checkbox"/> Inngitt politirapport |
| <input type="checkbox"/> Førstehjelp, hvilken type: | |

Verneutstyr/hjelpemidler:

- | | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brukt | <input type="checkbox"/> Manglet | <input type="checkbox"/> Uten betydning på skaden |
| <input type="checkbox"/> Ikke brukt | <input type="checkbox"/> Defekt | <input type="checkbox"/> Forflytningsteknikk |
| <input type="checkbox"/> Løfter | <input type="checkbox"/> Andre hjelpemidler, hvilke: | |

Beskrivelse av hendelsesforløpet:**Er det gjort umiddelbare tiltak for å forhindre gjentakelse?**

Ansvarlig:

Utført dato:

Forebyggende/korrigerende tiltak:

Ansvarlig:

Utrørt dato:

Er det sendt eget skjema til folketrygden? (blankett IA 13-07.05)

- | | | |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nei | Hvis ja, hvilken dato: |
|-----------------------------|------------------------------|------------------------|

Dersom skaden har medført legehjelp eller sykefravær, eller kan gi varige men eller den skadede selv ønsker det, skal et slikt skjema sendes. Ved alvorlig skade/død skal også politi og arbeidstilsynet varsles.

Sted

Dato

Leder

Sted

Dato

Ansatt

Sted

Dato

Verneombud