المملكة العربية السعودية
المؤسسة العامة للتأمينات الإجتماعية
مكتب / .....

(نموذج رقم ١٠ / أخطار مهنية)

(فضلاً إقرأ الارشادات خلف النموذج)

بلاغ عن إصابة عمل

☐ اصـابة ☐ مـرض مهني ☐ انتكاسـة ☐ مضـاعفة

١- اسم المنشـأة ..... رقم الاشتراك
٢-عنوانها ..... ص . ب ..... المدينة ..... هاتف رقم .....
٣- اسم المصاب ..... رقم الاشتراك
٤- رقم بطاقة الأحوال / الجواز (.....) تاريخ الالتحاق بالعمل ...../...../..... هـ / م
٥- موقع حدوث الإصابة .....
٦- ساعة وتاريخ وقوع الإصابة : الساعة (.....) صباحاً / مساءاً يوم ...../...../..... هـ الموافق ...../...../.....م
٧- محل سكن المصاب بالمملكة : شارع / ..... مدينة .....
٨- مهنة المصاب بالتفصيل وقت وقوع الإصابة .....
٩- تاريخ ابلاغ المصاب ...../...../.....هـ الموافق ...../...../.....م
١٠- اسم جهة العلاج التي نقل إليها .....
١١- وصف الاصابة وكيفية حدوثها بالتفصيل مع بيان العضو المصاب .....
.....
.....
.....

١٢- تاريخ الانتكاسة أو المضاعفة...../...../.....هـ الموافق ...../...../.....م
١٣- تاريخ توقف دفع الأجر من المنشأة ...../...../.....
١٤- **اقرار** :أقر بصحة البيانات اعلاه وأتعهد بدفع نفقات العلاج التي تكبدتها المؤسسة إذا تبين أن الحالة ليست إصابة عمل وفقاً للتعريف الوارد بالمادة (٢٧) من نظام التأمينات الاجتماعية.

تحريراً في ...../...../.....هـ الموافق ...../...../.....م

ختم المنشأة **اسم وتوقيع المسؤول عن المنشأة**

.....
.....

بيانات يحررها مكتب التأمينات

سـبب الإصـابة
طبيعـة الإصـابة
المسـبـب

الجزء أو الأجزاء المصابة

(١) (٢)
(٣) (٤)

بيانات تحررها جهة العلاج

رقم المريض بجهة العلاج (.....)

أ- بيانات عن العلاج

١٥- تاريخ تقدم المصاب لجهة العلاج ...../...../..... هـ/ م
١٦- مـدة التـنويم من ...../...../..... هـ/ م إلى ...../...../.....هـ/ م
١٧- مدة الراحة بالمنزل من ...../...../.....هـ/ م إلى ...../...../.....هـ/ م
١٨- جملة مدة العـلاج من ...../...../.....هـ/ م إلى ...../...../.....هـ/ م
١٩- عدد الزيارات الخارجية (.....)
٢٠- عدد أيام مخالفة العلاج (.....)
٢١- نوع مخالفة العلاج .....
٢٢-عدد الأيام التي احتاج فيها إلى مرافق (.....) يوماً.
٢٣- تـاريخ العـودة للعـمل ...../...../..... هـ / م

ب- تقرير انتهاء العلاج

٢٤- بيان العاهات السابقة (إن وجدت).....
٢٥- التشخيص النهائي للحالة (يذكر الأعضاء المصابة وموقعها بالجسم) .....
٢٦- الخط العلاجي ☐ جراحي ☐ تحفظي ☐ امراض لها علاقة بالإصابة : .....
٢٧- عدد زيارات جهة العلاج ☐ طبيعي ☐ عيادات ☐ أخرى .....
٢٨- هل يحتاج لجهاز تعويضي أو تأهيلي ؟ ..... في حالة (نعم) يذكر نوع الجهاز .....
٢٩- حالة المصاب في تاريخ انتهاء العلاج (شفاء بدون تخلف عجز / عجز) نوع العجز بالتفصيل .....

اسم و توقيع الطبيب المعالج ..... **توقيع مدير جهة العلاج** .....

تحريراً في ...../...../.....هـ الموافق ...../...../.....م **ختم جهة العلاج** .....