

# משרד התעשייה המסחר ותעסוקה אגף מעונות יום ומשפחתונים לגיל הרך

## טופס דיווח על תאונה

ימולא לגבי כל מקרה בהם נפגעה/ ילד/ה בשטח המעון/ המשפחתון ופעולותיו בלבד וישלח למחוז הרלוונטי\*

### פרטי הארגון המפעיל

שם הארגון	סמל מעון	שם מעון	שם מנהלת / שם רכזת משפחתון
יישוב	רחוב	מס' בית	מיקוד
			מספר טלפון במעון

### פרטי הנפגעת/ת

מס' זהות	שם משפחה + שם פרטי	מין	תאריך לידה	שם האב	שם האם
יישוב	רחוב	ג / ז	מס' בית	מיקוד	מספר טלפון

### פרטים אודות התאונה

עדים לתאונה	שם משפחה + שם פרטי	תפקיד
תאריך	שעה	
<b>גורם / מוצר מעורב</b> כגון: כיסא, מסיר שומנים, צעצוע וכד' שם גורם / מוצר: _____ שם מותג: _____		
<b>מקום בו התרחשה ההיפגעות</b> <input type="checkbox"/> אמבטיה <input type="checkbox"/> חצר <input type="checkbox"/> כיתה <input type="checkbox"/> מבואה <input type="checkbox"/> מדרגות <input type="checkbox"/> מחוץ לשטח הארגון <input type="checkbox"/> מטבח <input type="checkbox"/> מסדרון <input type="checkbox"/> שירותים <input type="checkbox"/> אחר: _____		
<b>נפילה: מגובה / במישור / במדרגות/ מידיים / אחר:</b> _____ <input type="checkbox"/> כוניה: אש / נוזל חם / מוצק חם / כימי / אחר: _____ <input type="checkbox"/> הרעלה או חשד להרעלה <input type="checkbox"/> חסימה פנימית של דרכי נשימה / חנק חיצוני / חוסר בחמצן <input type="checkbox"/> חנק <input type="checkbox"/> שאיפה / בליעה / גוף זר בעין / אחר: _____ <input type="checkbox"/> פגיעת בעל חיים: נשיכה/ עקיצה/ בעיטה/ הכשה/ שריטה אחר: _____ <input type="checkbox"/> טביעה: <input type="checkbox"/> באמבטיה / דלי / בריכה / ים, אחר: _____ <input type="checkbox"/> מכה / חבלה <input type="checkbox"/> מחפץ / מאדם / עצמי / לא ידוע <input type="checkbox"/> חתך / דקירה <input type="checkbox"/> מחפץ / מאדם / עצמי / לא ידוע <input type="checkbox"/> גורם או מנגנון פגיעה אחר: תאונת דרכים / היפגעות מאופניים או כלי גלגלים / אחר: _____		
<b>תיאור ההיפגעות ונסיבותיה (בתיאור יש לפרט את מאפייני ההיפגעות כולל קיום או אי קיום של אמצעי בטיחות)</b> _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		

אמצעי בטיחות שהיו באירוע	פעילות בעת ההיפגעות	חלק בגוף שנפגע	טיפול רפואי	גורם ההיפגעות	תוצאת הפגיעה
<input type="checkbox"/> סורגים לחלון	<input type="checkbox"/> שעת חצר	<input type="checkbox"/> ראש	<input type="checkbox"/> עזרה ראשונה במקום	<input type="checkbox"/> התנהגות בין אישית	<input type="checkbox"/> כמעט ונפגעה/ה
<input type="checkbox"/> מעקה	<input type="checkbox"/> טיול	<input type="checkbox"/> עיניים	<input type="checkbox"/> מרפאה	<input type="checkbox"/> אלימות	<input type="checkbox"/> פציעה קלה
<input type="checkbox"/> חגורת בטיחות	<input type="checkbox"/> יצירה	<input type="checkbox"/> פנים	<input type="checkbox"/> מד"א	<input type="checkbox"/> מפגע בטיחות במבנה	<input type="checkbox"/> פציעה בינונית
<input type="checkbox"/> מושב בטיחות	<input type="checkbox"/> שעת מפגש	<input type="checkbox"/> שיניים	<input type="checkbox"/> חדר מיון	<input type="checkbox"/> תאונת דרכים	<input type="checkbox"/> פציעה קשה
<input type="checkbox"/> שער למדרגות	<input type="checkbox"/> אכילה	<input type="checkbox"/> גפיים עליונות	<input type="checkbox"/> אשפוז	<input type="checkbox"/> תאונה עצמית	<input type="checkbox"/> מוות
<input type="checkbox"/> אחר: _____	<input type="checkbox"/> רחצה	<input type="checkbox"/> גפיים תחתונות	<input type="checkbox"/> טופל בבית	<input type="checkbox"/> מעשה קונדס	
	<input type="checkbox"/> שינה	<input type="checkbox"/> גב / חזה	<input type="checkbox"/> אחר: _____	<input type="checkbox"/> אחר: _____	
	<input type="checkbox"/> משחק, החלפה או	<input type="checkbox"/> צוואר			
	<input type="checkbox"/> הלבשה	<input type="checkbox"/> אצבעות			
	<input type="checkbox"/> אחר: _____	<input type="checkbox"/> איברי מין			
		<input type="checkbox"/> אחר: _____			

פעולות שננקטו במעון בעקבות התאונה
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

### פרטים אודות ממלא/ת הטופס

שם ושם משפחה: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_ תאריך מילוי: \_\_\_\_\_