



فرم های گزارش حادثه / واقعه در اماکن آبی

کمیته آموزش فدراسیون نجات غریق

بهار ۱۴۰۰

چه افراد، سازمان ها و مراجعی از ثبت

فرم ها استفاده میکنند؟؟



گروه اول :

- ۱- منجیان غریق و سرمنجیان غریق
- ۲- وکیل منجی غریق، سرمنجی غریق
- ۳- مربیان و سرمربیان در اماکن آبی
- ۴- وکیل مربی و سرمربی
- ۵- کارمندان، کارگران و نیروهای خدمات در اماکن آبی
- ۶- وکیل کارمندان ، کارگران و نیروهای خدمات در اماکن آبی

گروه دوم :

- ۱- شخص بیمار ، مصدوم /مغروق
- ۲- خانواده بیمار /مصدوم / مغروق
- ۳- وکیل بیمار /مصدوم /مغروق و یا وکیل خانواده وی.

گروه سوم :

- ۱- مدیر فنی ،اجرایی و مدیر عامل مکان آبی.
- ۲- وکیل مدیر فنی ، مدیر اجرایی و مدیر عامل مکان آبی.
- ۳- مالک مجموعه ، مستاجر و یا پیمانکار مکان آبی.
- ۴- وکیل مالک مجموعه ، مستاجر و یا پیمانکار مکان آبی.

گروه چهارم :

- ۱- فدراسیون نجات غریق، هیات استان و هیات شهر و شهرستان
- ۲- وکیل فدراسیون نجات غریق، هیات استان و هیات شهر و شهرستان
- ۳- مراجع قضایی ، ضابطینقضایی ، پزشکی قانونی و نیروی انتظامی
- ۴- بهداشت منطقه، شهرداری و اداره اماکن و سازمان استاندارد
- ۵- وزارت کشور، وزارت ورزش و جوانان و وزارت تعاون، کار رفاه اجتماعی.
- ۶- شرکت یا شرکت های بیمه ، نمایندگان وو کلای قانونی انها
- ۷-دیگر مراجع و ارگان هایی که به نوعی با هر یک از افراد حقیقی و یا اشخاص حقوقی ذکر شده در ارتباط مستقیم یا غیر مستقیم هستند.



ملاحظات مرتبط با

فرم شماره ۱

(فرم ترخیص سرپایی)

(فرم شماره ۱ دارای ۱۵ نکته می باشد)

ردیف:	مراجعه کننده : _____ زمان مراجعه : _____ علت مراجعه : _____
لایحه:	آیا فرد نیازمند دریافت خدمات بیشتری می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> الرجاع به پزشک <input type="checkbox"/> اعزام به درمانگاه <input type="checkbox"/> انتقال به بیمارستان <input type="checkbox"/> <i>اگر فرد نیازمند دریافت بیشتر می باشد باید برای وی برحسب نیاز فرم شماره ۱ و یا فرم شماره ۱ و ۳ تکمیل و تکمیل گردد</i> فرد پس از دریافت خدمات از طرف متجی ترخیص سرپایی گردیده؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> بازگشت به مکان آبی <input type="checkbox"/> مراجعت به منزل <input type="checkbox"/> زمان خدمات ارائه شده : _____
شماره:	مراجعه کننده با امضاء زیر رضایت خود و کادر دریافت خدمات فوق اعلام می نماید متجی شرقی : _____ امضاء : _____ تاریخ : _____ مراجعه کننده: _____ امضاء : _____ تاریخ : _____ سرمتجی شرقی : _____ امضاء : _____ تاریخ : _____ توجه : اگر خدمات برای کودکان و نوجوانان انجام گردد امضاء والدین و یا سرپرست قانونی وی در برگه لازم است

ردیف:	مراجعه کننده : _____ زمان مراجعه : _____ علت مراجعه : _____
لایحه:	آیا فرد نیازمند دریافت خدمات بیشتری می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> الرجاع به پزشک <input type="checkbox"/> اعزام به درمانگاه <input type="checkbox"/> انتقال به بیمارستان <input type="checkbox"/> <i>اگر فرد نیازمند دریافت بیشتر می باشد باید برای وی برحسب نیاز فرم شماره ۱ و یا فرم شماره ۱ و ۳ تکمیل و تکمیل گردد</i> فرد پس از دریافت خدمات از طرف متجی ترخیص سرپایی گردیده؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> بازگشت به مکان آبی <input type="checkbox"/> مراجعت به منزل <input type="checkbox"/> زمان خدمات ارائه شده : _____
شماره:	مراجعه کننده با امضاء زیر رضایت خود و کادر دریافت خدمات فوق اعلام می نماید متجی شرقی : _____ امضاء : _____ تاریخ : _____ مراجعه کننده: _____ امضاء : _____ تاریخ : _____ سرمتجی شرقی : _____ امضاء : _____ تاریخ : _____ توجه : اگر خدمات برای کودکان و نوجوانان انجام گردد امضاء والدین و یا سرپرست قانونی وی در برگه لازم است

ردیف:	مراجعه کننده : _____ زمان مراجعه : _____ علت مراجعه : _____
لایحه:	آیا فرد نیازمند دریافت خدمات بیشتری می باشد؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> الرجاع به پزشک <input type="checkbox"/> اعزام به درمانگاه <input type="checkbox"/> انتقال به بیمارستان <input type="checkbox"/> <i>اگر فرد نیازمند دریافت بیشتر می باشد باید برای وی برحسب نیاز فرم شماره ۱ و یا فرم شماره ۱ و ۳ تکمیل و تکمیل گردد</i> فرد پس از دریافت خدمات از طرف متجی ترخیص سرپایی گردیده؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> بازگشت به مکان آبی <input type="checkbox"/> مراجعت به منزل <input type="checkbox"/> زمان خدمات ارائه شده : _____
شماره:	مراجعه کننده با امضاء زیر رضایت خود و کادر دریافت خدمات فوق اعلام می نماید متجی شرقی : _____ امضاء : _____ تاریخ : _____ مراجعه کننده: _____ امضاء : _____ تاریخ : _____ سرمتجی شرقی : _____ امضاء : _____ تاریخ : _____ توجه : اگر خدمات برای کودکان و نوجوانان انجام گردد امضاء والدین و یا سرپرست قانونی وی در برگه لازم است

1. این فرم «فقط» برای افرادی که پس از دریافت خدمات کمک های اولیه ، ترخیص سرپایی می گردند تکمیل گردد.

2. فرم باید توسط فردی (منجی /سرمنجی) که به مراجعه کننده خدمات کمک های اولیه را ارائه می دهد تکمیل گردد.

3. ردیف، تاریخ و شماره فرم باید بر اساس روش یکسان ، معین و شناخته شده انجام گردد.

4. تکمیل فرم باید پس از اتمام کامل خدمات به مراجعه کننده انجام گردد.

5. فرم باید خوش خط و خوانا بوده و فاقد قلم خوردگیو یا هر گونه خدشه باشد.

6. فرم پس از تکمیل باید بلافاصله توسط فردی (منجی /سرمنجی) که آن را تکمیل نموده امضاء گردد.

7. محتویات فرم بلافاصله پس از تکمیل کاملاً محرمانه باشد.

8. فرم باید توسط فردی (منجی/اسرمنجی) که آن را تکمیل نموده در پوشه مخصوص (فایل فرم های ترخیص سرپایی) قرار داده شود.

9. اصولاً نیازی به ارسال فرم به هیچ مرجع و یا ارگانی نمی باشد.

10. در صورت درخواست رسمی فدراسیون، هیات استان، شهر/شهرستان باید یک نسخه برابر اصل شده از آن برای مراجع مذکور ارسال گردد.

11. در صورت درخواست مراجع و ارگان های قانونی یک نسخه برابر اصل شده از آن پس از هماهنگی با هیات استان می تواند برای مراجع در خواست کننده ارسال گردد.

12. فرم مذکور باید حداقل برای یکسال و یک ماه در مکان آبی مذکور بایگانی و نگهداری گردد.

13. اگر مراجعه کننده پس از دریافت خدمات از امضاء امتناع نماید منجی / سرمنجی ابتدا باید برایشان کلیه

خدمات انجام شده و دلایل آن را بطور واضح بیان نموده و سپس از وی درخواست امضاء را بنماید، اگر وی

همچنان و مجدداً از امضاء فرم امتناع نماید منجی / سرمنجی باید در محل امضاء مراجعه کننده قید نماید

که مراجعه کننده از امضاء فرم امتناع نموده و همچنین سرمنجی (و یا یک منجی دیگر) باید بعنوان شاهد

جمله مذکور را تایید نماید .

14. اگر سن مراجعه کننده کمتر از ۱۶ سال تمام باشد علاوه بر وی و در صورت امکان باید یکی از بستگان و یا

وابستگان او فرم مذکور را مذکور را امضاء نماید.

15. سرمنجی غریق باید حداکثر در انتهای هر شیفت کلیه فرم های ترخیص سرپایی تکمیل شده را ملاحظه و

امضاء نماید.



فدراسیون نجات غریق و غواصی جمهوری اسلامی ایران
هیات نجات غریق استان: شهر/ شهرستان:
برگه ارزیابی بیمار/ مصدوم/ مجروح / مفروق فرم شماره ۲

تیم درمانی این تیم: تاریخ: _____
 هیات شهر/ شهرستان: تاریخ: _____
 هیات استان: تاریخ: _____
 فدراسیون: تاریخ: _____
 فرم گزارش حادثه بیوست می باشد: بله خیر

فرد شخصاً به منجی غریق مراجعه نموده است؟ بله علت مراجعه: _____
 فرد صورت ارجاع فرد به پزشک و یا اعزام فرد به درمانگاه و یا بیمارستان این فرم باید برای فرد تنظیم و تکمیل گردد.

مشخصات شخصی	نام: _____	نام خانوادگی: _____
	جنسیت: _____	تاریخ تولد: _____ / _____ / _____ سن: _____ سال
	آدرس: _____	تلفن: _____
	چه واقعه/ حادثه ای اتفاق افتاده است؟ _____	

ارزیابی اولیه	سابقه بیماری و سلامتی: _____	وضعیت دندان: <input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/> پاره شده <input type="checkbox"/> پر شده <input type="checkbox"/> روکش
	کاربرد: _____	وضعیت چشم: <input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/> قرمز شده <input type="checkbox"/> آب مروارید
	آخرین وعده غذایی/ نوشیدنی: _____	وضعیت گوش: <input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/> عفونت <input type="checkbox"/> زخم
	آخرین زمان مصرف: _____	وضعیت بینی: <input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/> خونریزی <input type="checkbox"/> زخم

چه عاملی فرد را نیازمند جراحی است؟ _____	زمان شروع: _____
سابقه بیماری و سلامتی: _____	نوع: تند و تیز <input type="checkbox"/> متعارف <input type="checkbox"/> شمت: شدید <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/>
کاربرد: _____	عامل افزایش درد: _____
آخرین وعده غذایی/ نوشیدنی: _____	عامل کاهش درد: _____

ارزیابی اولیه	علائم حیاتی:	زمان: _____
	میزان سطح هوشیاری:	زمان: _____
	تعداد آکسیژن تنفسی:	زمان: _____
	تعداد آکسیژن نسبی:	زمان: _____
	رنگ و وضعیت پوست:	زمان: _____
وضعیت مردمک های چشم:	زمان: _____	

موارد مورد ارزیابی در مردمک چشم: طبیعی - نامتجان - گشاد - تنگ - پهن - به نور دارد - ندارد - با تأخیر
 غرق شدگی: تأخیری: بله علائم و نشانه ها: _____

تلفن: _____	تلفن: _____
تلفن: _____	تلفن: _____

تاریخ: _____	زمان: _____
بیمار/ مجروح/ مصدوم: _____	وقته: _____
بیمار/ مجروح/ مصدوم بوسیله امضاء فوق رضایت خود را از خدمات کمک های اولیه تایید می نماید	پلاک: _____
همراه فرد: _____	مقتصد: _____
همراه بوسیله امضاء فوق کلیه مسئولیت های بیمار/ مجروح/ مصدوم را شخصاً برعهده می گیرد	زمان: _____
تلفن: _____	نام و نام خانوادگی: _____

نام مکان آبی: _____	استان: _____
شهر/ شهرستان: _____	تلفن: _____
این فرم در کمال صحت و صداقت تکمیل گردیده است.	سرمنجی: _____
تلفن: _____	تلفن: _____
تلفن: _____	امضاء: _____

در صورت ارجاع/ اعزام فرد به پزشک/ درمانگاه باید یک نسخه برابر با اصل از این فرم حداکثر تا ۱ روز اداری به هیات نجات غریق استان شهر/ شهرستان ارسال گردد.
 در صورت اعزام/ انتقال فرد با آمبولانس به درمانگاه/ بیمارستان برگه گزارش حادثه (فرم شماره ۳) نیز باید بلافاصله تکمیل و ضمیمه این برگه گردد.
 در صورت اعزام/ انتقال فرد با آمبولانس به درمانگاه/ بیمارستان باید ۱ نسخه برابر با اصل از این فرم حداکثر تا ۱ روز اداری به هیات نجات غریق استان شهر/ شهرستان و ۲ روز اداری به فدراسیون ارسال گردد.

ملاحظات مرتبط با

فرم شماره ۲

(فرم ارزیابی وضعیت)

(فرم شماره ۲ دارای ۱۹ نکته می باشد)

1. این فرم «باید» برای تمام افرادی که به پزشک ارجاع ، به درمانگاه اعزام و یا به بیمارستان انتقال داده می شوند تکمیل گردد.

2. فرم باید توسط فردی (منجی / سرمنجی) که بیمار /مصدوم مغروق را مورد ارزیابی قرار می دهد و یا فردی که همزمان در کنار فردی (منجی /سرمنجی) که بیمار /مصدوم /مغروق را مورد ارزیابی قرار می دهد .

3. ردیف ، تاریخ و شماره فرم باید بر اساس روشی یکسان ، معین و شناخته شده انجام گردد.

4. تکمیل بخش «ارزیابی اولیه»، «فوریت های امداد» و «تجهیزات» باید در صورت امکان باید در حین امداد رسانی به بیمار / مصدوم / مغروق و در صورت عدم امکان پس از اتمام فرایند امداد رسانی به فرد انجام گردد.

5. تکمیل بخش «ارزیابی ثانویه»، «دیگر موارد مرتبط با آن» و «ملاحظات پایانی» باید در حین فرایند ارزیابی ثانویه و ملاحظات پایانی برای بیمار / مصدوم / مغروق انجام گردد .

6. دیگر بخش های باقیمانده در فرم باید در فرصت مقتضی و پیش از فرایند ارجاع ، اعزام و انتقال فرد انجام گردد

7. فرم باید خوش خط و خوانا بوده و فاقد قلم خوردگی و یا هرگونه خدشه باشد.

8. فرم باید بلافاصله پس از تکمیل توسط تکمیل کننده فرم (منجی /سرمنجی) و در اولین فرصت امضاء گردد.

9. محتویات فرم بلافاصله پس از تکمیل کاملاً محرمانه می باشد .

10. فرم باید توسط فردی (منجی /سرمنجی) که آنرا تکمیل نموده در پوشه مخصوص (فایل فرم های ارزیابی

وضعیت) قرار داده شود .

11. در صورت ارجاع و یا اعزام فرد به پزشک ، درمانگاه و یا بیمارستان باید فرم مذکور تکمیل شده و سپس

یک نسخه برابر اصل شده آن باید حداکثر تا یک روز اداری به هیات نجات غریق استان و هیئت نجات

غریق شهر / شهرستان ارسال گردد .

12. در صورت انتقال فرد با آمبولانس به درمانگاه و یا باید یک نسخه برابر اصل شده فرم مذکور به فرم شماره سه (فرم گزارش حادثه) پیوست گردیده و سپس حداکثر تا دو روز اداری به هیئت استان و هیئت نجات غریق شهر / شهرستان ارسال گردد.

13. در صورت انتقال فرد با آمبولانس به درمانگاه و یا بیمارستان باید یک نسخه برابر اصل شده فرم مذکور به فرم شماره سه (فرم گزارش حادثه) پیوست گردیده و سپس حداکثر تا سه روز اداری از طرف هیئت استان به فدراسیون ارسال گردد

14. در صورتی درخواست رسمی مراجع و ارگان های قانونی یک نسخه برابر اصل شده از فرم پس از هماهنگی با هیئت استان می تواند برای مراجع درخواست کننده ارسال گردد.

15. فرم مذکور باید حداقل برای سه سال و سه ماه در مکان آبی مذکور بایگانی و نگهداری گردد.

16. اگر پس از انجام خدمات لازم مراجعه کننده و یا بستگان و یا وابستگان وی از امضاء فرم امتناع نمودند ،

منجی / سرمنجی ابتدا باید برایشان کلیه خدمات انجام شده و دلایل آن را بطور واضح بیان نموده و سپس از

وی درخواست امضاء را بنماید، اگر وی همچنان و مجدداً از امضاء فرم امتناع نماید منجی / سرمنجی باید در

محل امضاء مراجعه کننده قید نماید که مراجعه کننده از امضاء فرم امتناع نموده و همچنین سرمنجی (و یا

یک منجی دیگر) باید بعنوان شاهد جمله مذکور را تایید نماید .

17. اگر سن مراجعه کننده کمتر از ۱۴ سال تمام باشد علاوه بر وی و در صورت امکان باید یکی از بستگان و یا

وابستگان او فرم مذکور را مذکور را امضاء نماید.

18. سرمنجی غریق باید بلافاصله بعد از تکمیل فرم توسط تنظیم کننده فرم آنرا ملاحظه و امضاء نماید.

19. مدیر فنی مکان آبی نیز باید بعد از تکمیل فرم و پس از امضاء سرمنجی در اولین فرصت آنرا ملاحظه و

امضاء نماید.



فدراسیون نجات غریق و غواصی جمهوری اسلامی ایران

هیات نجات غریق استان: شهر / شهرستان:

برگه گزارش حادثه - فرم شماره ۳

در صورت انتقال بیمار / مصدوم / مجروح / مفروق بوسیله آمبولانس به درمانگاه و یا بیمارستان این فرم باید تکمیل گردیده و به فرم شماره ۱ پیوست گردد.

شناسنامه مکان آبی	شماره: _____ تلفن: _____	شماره: _____ تلفن: _____	شماره: _____ تلفن: _____
نام و نام خانوادگی: _____	نام و نام خانوادگی: _____	نام و نام خانوادگی: _____	نام و نام خانوادگی: _____
آدرس: _____	آدرس: _____	آدرس: _____	آدرس: _____
مالک / مستاجر: _____	مالک / مستاجر: _____	مالک / مستاجر: _____	مالک / مستاجر: _____
مدیر عامل: _____	مدیر عامل: _____	مدیر عامل: _____	مدیر عامل: _____

بیمه: ندارد دارد شرکت: _____ نام پندگی: _____ شماره ثبت: _____ نماینده: _____ تلفن: _____
شماره بیمه نامه: _____ تاریخ اعتبار: _____ نام بیمه گذار / گذاران: _____

چه حادثه ای اتفاق افتاده است؟
علت وقوع حادثه چه بوده است؟
زمان: _____ روز: _____ تاریخ: _____ حادثه در چه بخشی اتفاق افتاده: آموزشی تفریحی تمرینی رقابتی غیره: _____ بانوان آقایان
فرد حادثه دیده: _____ فرد / افراد دیگری در حادثه آسیب دیده اند؟ خیر بله چند نفر: به عدد: _____ نفر به حروف: _____ نفر

حادثه را مشاهده نمود: _____ سمت: _____ تلفن: _____	زمان: _____ ورود: _____ خدمت: _____ تلفن: _____ شرکت: _____	تمام خدمات و انتقال فرد	خدمات آمبولانس در محل	خروج: _____ مقصد: _____ شماره پلاک آمبولانس: _____ رسید تحویل فرد دریافت گردید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توسط: _____
---	---	-------------------------	-----------------------	--

شرح کامل گزارش حادثه و جزئیات

تعداد منجیان در هنگام وقوع حادثه به عدد: _____ به حروف: _____ نفر
فونکسی گواهینامه منجیگری، کارت ملی و آخرین برگ آمادگی تمام منجیان در حال خدمت پس از اتمام و اثر انگشت باید به این فرم پیوست گردد.
هنگام وقوع حادثه سرمنجی در محل مشغول انجام وظیفه بوده است؟ بله خیر
نام و نام خانوادگی: _____ امضاء: _____
دستیار سرمنجی / منجی ارشد در محل حضور داشته است؟ بله خیر
نام و نام خانوادگی: _____ امضاء: _____

شماره و پرسنلی در محل خدمت

حداکثر ظرفیت پذیرش درمانگاه آبی به عدد: _____ و به حروف: _____
نفر است و تعداد کل مراجعین در زمان وقوع حادثه به عدد: _____ و به حروف: _____ نفر بوده است.

ارسال فرم

فدراسیون هیات استان هیات شهرستان بهداشت منطقه نیروی انتظامی مرجع قضایی پزشکی غیره

شخصات شهود، تلفن تماس و امضاء	شهود مذکور با امضاء صحت مراتب فوق را تایید می کنند تعداد شهود به عدد: _____ و به حروف: _____ نفر می باشد.	تاریخ: _____
۱ - نام و نام خانوادگی: _____ تلفن: _____	۱ - نام و نام خانوادگی: _____ تلفن: _____	تاریخ: _____
۲ - نام و نام خانوادگی: _____ تلفن: _____	۲ - نام و نام خانوادگی: _____ تلفن: _____	تاریخ: _____

در صورت انتقال فرد به بیمارستان توسط آمبولانس باید یک نسخه برابر اصل از این فرم حداکثر تا ۱ روز اداری به هیات شهرستان، ۲ روز اداری به هیات استان و ۳ روز اداری به فدراسیون ارسال گردد. فونکسی گواهینامه منجیگری، کارت ملی و آخرین برگ آمادگی تمام منجیان در حال خدمت پس از اتمام و اثر انگشت باید به این فرم پیوست گردد.

ملاحظات مرتبط با

فرم شماره ۳

(فرم گزارش حادثه)

(فرم شماره ۳ دارای ۲۷ نکته می باشد)

1. این فرم «فقط» برای افرادی که با آمبولانس به درمانگاه و یا بیمارستان انتقال پیدا می کنند تکمیل می گردد.

2. فرم اصولاً باید توسط سرمنجی و یا مدیر فنی مکان آبی تکمیل گردد. اگر به هر دلیل امکان تکمیل آن

توسط سرمتجی و یا مدیر فنی میسر نباشد ایشان (سرمنجی و یا مدیر فنی) می توانند تکمیل آن را به

دستیار سرمنجی، منجی ارشد و یا یکی از منجیان بسپارند.

3. ردیف، تاریخ و شماره فرم باید براساس روشی یکسان، معین و شناخته شده انجام گردد.

4. تکمیل و امضاء فرم باید پس از اتمام کامل فرآیند حادثه و پس از انجام انتقال بیمار / مصدوم / مغروق به

درمانگاه و یا بیمارستان انجام گردد.

5. فرم باید خوش خط و خوانا بوده و فاقد قلم خوردگی و یا هر گونه خدشه باشد.

6. اگر فرم توسط منجی غریق، منجی ارشد و یا دستیار سرمنجی تکمیل می‌گردد، ابتدا باید کلیه مکتوبات و محتویات آن به رویت سرمنجی و مدیر فنی رسیده و سپس توسط تکمیل‌کننده فرم امضاء گردد.
7. اگر فرم توسط سرمنجی غریق تکمیل می‌گردد، ابتدا باید کلیه مکتوبات و محتویات آن به رویت مدیر فنی رسیده و سپس توسط سرمنجی امضاء گردد.
8. فرم پس از تکمیل باید توسط تکمیل‌کننده فرم به ترتیب توسط سرمنجی، مدیر فنی و مدیر مجموعه مکان آبی امضاء گردد.
9. محتویات فرم بلافاصله پس از تکمیل کاملاً محرمانه می‌باشد.
10. فرم باید توسط فردی (منجی / سرمنجی) که آن را تکمیل نموده در پوشه مخصوص (فایل فرم‌های گزارش حادثه) قرار داده شود.

11. در صورت انتقال فرد با آمبولانس به درمانگاه و یا بیمارستان باید یک نسخه برابر اصل شده آرم مذکور به علاوه فرم شماره دو (فرم ارزیابی وضعیت) که در پیوست آن قرار دارد، حداکثر تا **دو** روز کاری به هیأت استان و هیأت شهر / شهرستان ارسال گردد.

12. در صورت انتقال فرد با آمبولانس به درمانگاه و یا بیمارستان باید یک نسخه برابر اصل شده فرم مذکور به علاوه فرم شماره دو (فرم ارزیابی وضعیت) که در پیوست آن قرار دارد، حداکثر تا **سه** روز کاری از طرف هیأت استان به فدراسیون ارسال گردد.

13. در صورت درخواست رسمی مراجع و ارگان‌های قانونی یک نسخه برابر اصل شده از آن پس از هماهنگی با هیأت استان می‌تواند برای مراجع درخواست‌کننده ارسال گردد.

14. فرم مذکور باید حداقل برای پنج سال و پنج ماه در مکان آبی مذکور بایگانی و نگهداری گردد.

15. اگر پس از انجام خدمات لازم مراجعه‌کننده و یا بستگان و یا وابستگان وی از امضاء فرم امتناع نمودند،

سرمنجی / مدیر فنی ابتدا باید برای ایشان کلیه موارد مکتوب در فرم و دلایل آن را به طور واضح بیان

نموده و سپس از وی درخواست امضاء فرم را بنماید. اگر وی همچنان و مجدداً از امضاء فرم امتناع نماید

سرمنجی / مدیر فنی باید در محل امضاء مراجعه‌کننده قید نماید که فرد (مراجعه‌کننده یا بستگان و یا

وابستگان وی) از امضاء فرم امتناع نموده است. همچنین وی باید با امضاء سرمنجی و مدیر فنی و یا یکی از

منجیان جمله مذکور را تأیید نماید.

16. اگر سن مراجعه‌کننده کمتر از ۱۶ سال تمام باشد علاوه بر وی و در صورت امکان باید یکی از بستگان و یا

وابستگان مراجعه‌کننده فرم مذکور را امضاء نماید.

17. سرمنجی غریق باید پس از امضای تکمیل‌کننده فرم اقدام به امضای فرم نماید.

18. مدیر فنی مکان آبی باید پس از امضای سرمنجی غریق اقدام به امضای فرم نماید.

19. مدیر مجموعه مکان آبی باید پس از امضای مدیر فنی اقدام به امضای فرم نماید.

20. باید یک نسخه از تصویر گواهینامه، برگه آمادگی سالیانه و کارت ملی تمامی منجیان در حال خدمت هر سه

در یک برگه به «فرم گزارش حادثه» پیوست گردد.

21. نسخه تصویر گواهینامه، برگه آمادگی و کارت ملی منجی غریق باید پس از نوشتن متن زیر در کنار تصاویر

مدارک مذکور با این مضمون تأیید گردد:

اینجانب (نام و نام خانوادگی فرد) دارای گواهینامه نجات غریق به شماره و تاریخ (ذکر شماره و تاریخ)، برگه

آمادگی به شماره و تاریخ (ذکر شماره و تاریخ) و همچنین کارت ملی با شماره (شماره کارت ملی) به عنوان

منجی غریق در حادثه که در ساعت (ذکر زمان)، تاریخ (ذکر تاریخ) و برگه گزارش حادثه شماره (ذکر شماره) و

تاریخ (ذکر تاریخ) توسط فرد تاریخ‌گذاری، امضاء و اثر انگشت گردد.

22. نسخه تصویر گواهینامه، برگه آمادگی، کارت ملی و متن مرتبط پس از تاریخ‌گذاری، امضاء و اثر انگشت

توسط منجی غریق باید توسط سرمنجی (سرمنجیان) با متن زیربا تاریخ، امضاء و اثر انگشت تأیید گردد:

اینجانب (نام و نام خانوادگی سرمنجی / سرمنجیان) بدین‌وسیله تأیید می‌نمایم که خانم / آقای (نام و

نام خانوادگی فرد) به عنوان یکی از منجیان غریق در هنگام وقوع حادثه مذکور در محل در حال خدمت بوده

است.

23. منجیان غریق می‌توانند (پیشنهاد می‌گردد که انجام شود) که پس از تأیید و امضای نسخه تصاویر مدارک

خود توسط سرمنجی، یک فتوکپی از آن یا یک عکس از آن را نزد خود نگاه دارند.

24. باید یک نسخه از تصویر گواهینامه، برگه آمادگی سالیانه و کارت ملی سرمنجی / سرمنجیان در حال خدمت

هر سه در یک برگه به «فرم گزارش حادثه» پیوست گردد.

25. نسخه تصویر گواهینامه، برگه آمادگی، کارت ملی و متن مرتبط پس از تاریخ‌گذاری، امضاء و اثر انگشت

توسط سرمنجی غریق باید توسط مدیر فنی با متن زیر توسط تاریخ، امضاء و اثر انگشت تأیید گردد:

اینجانب (نام و نام خانوادگی مدیر فنی) بدین‌وسیله تأیید می‌نمایم که خانم/ آقای (نام و نام خانوادگی فرد) به

عنوان سرمنجی غریق در هنگام وقوع حادثه مذکور در محل در حال خدمت بوده است.

26. تصویر مدارک مذکور در برگه فوق باید کاملاً واضح بوده و همچنین متن نوشته شده توسط منجی/

سرمنجی در صفحه مذکور باید بدون قلم‌خوردگی و فاقد هر گونه خدشه باشد.

27. منجیان غریق می‌توانند (پیشنهاد می‌گردد که انجام شود) که پس از تأیید و امضای نسخه تصاویر مدارک

خود توسط سرمنجی، یک فتوکپی از آن یا یک عکس از آن را نزد خود نگاه دارند.



کمیته آموزش فدراسیون نجات غریق و غواصی جمهوری اسلامی ایران

با تشکر از استاد محترم افشین کثیر معلم