

משרד התעשייה המסחר ותעסוקה אגף מעונות יום ומשפחתונים לגיל הרך

טופס דיווח על תאונה

ימולא לגבי כל מקרה בו 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
		נ / ז			
יישוב	רחוב	מס' בית	מיקוד	מספר טלפון	

פרטים אודות התאונה

תאריך התאונה	עדים לתאונה שם פרטי + שם משפחה	תפקיד
שעת התאונה		

- מקום בו התרחשה התאונה**
- אמבטיה
 - חצר
 - כיתה
 - מבואה
 - מדרגות
 - מחוץ לשטח המעון
 - מטבח
 - מסדרון
 - שירותים
 - אחר:

- גורם / מנגנון היפגעות**
- נפילה: מגובה / במישור / במדרגות / מידים / אחר:
 - כוונה: אש / נוזל חם / מוצק חם / כימי / אחר:
 - הרעלה או חשד להרעלה
 - חנק: חסימה פנימית של דרכי נשימה / חנק חיצוני / חוסר בחמצן
 - גוף זר: שאיפה / בליעה / גוף זר בעין / אחר:
 - פגיעת בעל חיים: נשיכה / עקיצה / בעיטה / הכשה / שריטה אחר:
 - טביעה: באמבטיה / דלי / בריכה / ים, אחר:
 - מכה / חבלה: מחפץ / מאדם / עצמי / לא ידוע
 - חתך / דקירה: מחפץ / מאדם / עצמי / לא ידוע
 - גורם או מנגנון פגיעה אחר: תאונת דרכים / היפגעות מאופניים או כלי גלגלים / אחר:

גורם / מוצר מעורב

כגון: כיסא, מסיר שומנים, צעצוע וכד'

שם גורם / מוצר: _____

שם מותג / יצרן: _____

תיאור ההיפגעות ונסיבותיה (בתיאור יש לפרט את מאפייני ההיפגעות כולל קיום או אי קיום של אמצעי בטיחות)

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"/> תאונה עצמית	<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	<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"/> אחר: _____	<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"/> מוות
<input type="checkbox"/> אחר: _____	<input type="checkbox"/> רחצה	<input type="checkbox"/> גפיים תחתונות	<input type="checkbox"/> טופל בבית		
	<input type="checkbox"/> שינה	<input type="checkbox"/> גב / חזה	<input type="checkbox"/> אחר: _____		
	<input type="checkbox"/> משחק, החלפה או הלבשה	<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 שנקטו במעון בעקבות התאונה

פרטים אודות ממלא/ת הטופס

שם ושם משפחה: _____ תפקיד: _____ תאריך מילוי: _____