**ملحق رقم (2(**

 **(نموذج سجل التبليغ عن أمراض المهنة)**

* **اسم المؤسسة: - الرقم الوطني للمؤسسة:**
* **نوع النشاط الاقتصادي: - المدير العام:**
* **العنوان: - رقم الهاتف:**
* **اسم مشرف السلامة والصحة المهنية: - اسم الطبيب (إن وجد):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **حجم العمالة في المؤسسة** | **العمال الاردنيين** | **العمال غير الاردنيين** | **المجموع** |
| **ذكور** | **اناث** | **ذكور** | **اناث** |
|  |  |  |  |  |
| **المجموع** |  |  |  |

**الفترة: الربع ( ) السنة ( )**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الرقم** | **معلومات العامل** | **تاريخ ظهور الاعراض لأول مرة** | **التشخيص الاولي****(تحديد العوامل المسببة)** | **المرض المهني المتوقع** | **الإجراءات المتخذة من قبل الطبيب** | **الرأي الطبي** |
| **اسم العامل** | **الجنس** | **العمر** | **المهنة** | **الجنسية** | **تاريخ الالتحاق بالعمل** | **تاريخ ممارسة المهنة** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 **التاريخ: توقيع وختم المدير:**