

دائرة البلديات والنقل
DEPARTMENT OF MUNICIPALITIES
AND TRANSPORT

بلدية مدينة أبوظبي
ABU DHABI CITY MUNICIPALITY



دليل تطوير خطة السلامة والصحة المهنية والبيئة في قطاع البناء و الانشاء

تنويه

إلى جميع مكاتب الاستشاريين العاملين في قطاع البناء و الانشاء

تدعو بلدية مدينة أبوظبي جميع مكاتب الاستشاريين العاملين
في قطاع البناء و الانشاء اتباع ما يلي :

جميع المقاولين ملزمون بإعداد وتقديم خطط الصحة والسلامة والبيئة (HSE) أو مشاريعهم.

يتم اعتماد خطة البيئة و الصحة و السلامة و البيئة من قبل الاستشاري.

يجب إضافة خطط الصحة والسلامة والبيئة إلى متطلبات الحصول على تصاريح اعمال البناء و الانشاء
و البنى التحتية .

تم تطبيق هذه المتطلبات اعتباراً من 2010/12/26 .

يمكن الحصول على دليل تطوير خطة الصحة والسلامة والبيئة في قطاع البناء و الانشاء من الموقع
الالكتروني لبلدية مدينة أبوظبي.

للاستفسارات يرجى التواصل على hse@adm.gov.ae
أو الاتصال بالرقم المجاني للبلدية: 02-6788888.





المحتويات

المقدمة

تفاصيل المشروع

وصف موجز للمشروع ومخطط المشروع

متطلبات إدارة الصحة والسلامة والبيئة

التخطيط

التنفيذ والعمليات

التدقيق والمراجعة

الملاحق

النماذج

قوائم الفحص

المقدمة

بالإشارة إلى سياسة بلدية مدينة أبوظبي ورؤية دائرة التخطيط العمراني و البلديات و استناداً إلى إطار عمل نظام إدارة البيئة و الصحة و السلامة ، تحرص بلدية مدينة أبوظبي على دعم و مساندة الاستشاريين و المقاوليين و المطورين في قطاع البناء و الإنشاء و التشييد لإنشاء و تطوير خطط البيئة و الصحة و السلامة ، ما يعزز الجهود و الإجراءات القائمة للحفاظ على مستويات عالية من البيئة و الصحة و السلامة في مشاريع البناء و الإنشاء من أجل حماية الأفراد و الممتلكات و البيئة.

يشتمل هذا الكتيب على العناصر الأساسية التي يجب أن تحتويها خطة الصحة و السلامة و البيئة حيث يهدف تطبيق هذه الخطة للوصول لأفضل معايير الصحة و السلامة و البيئة و التأكد من الإمتثال لأعلى مستويات الصحة و السلامة و البيئة في مواقع البناء و الإنشاء في مدينة أبوظبي.



1.0 تفاصيل المشروع

اسم المشروع
اسم المالك
اسم الإستشاري
اسم المقاول الرئيسي



2.0 وصف موجز للمشروع و مخطط المشروع

3.0 متطلبات إدارة الصحة والسلامة والبيئة

3.1 القيادة والالتزام:

تحديد الكيفية التي تجعل من الإدارة العليا قدوة وذلك بإظهار التزامها من خلال المشاركة و التواصل مع الموظفين بخصوص شؤون الصحة والسلامة والبيئة.

3.2 سياسة الصحة و السلامة والبيئة:

- الالتزام بالتطوير المستمر
- تشمل الامتثال للتشريعات الحالية المطبقة و غيرها من المتطلبات
- التوقيع عليها من قبل الادارة العليا

3.3 التنظيم والمهام والمسؤوليات:

- المشروع والهيكل التنظيمي للصحة والسلامة والبيئة
- مهام ومسؤوليات العاملين في الصحة والسلامة والبيئة
- إدارة مقاولي الباطن والموردين
- كبار موظفي المشروع و تفاصيل الاتصال الخاصة بهم

3.4 الإتصال:

- إجتماعات منتظمة و دورية
- تنبيهات ولوحات إعلانات الصحة والسلامة والبيئة
- المكافآت والحوافز، والتكريم والإنضباط

3.5 التدريب:

- التدريب التوجيهي للصحة والسلامة والبيئة
- تدريب تنويري لطاغم العمل **Toolbox talks**
- توعية و تدريب خاص للصحة والسلامة والبيئة

3.6 تفتيش ومراقبة الموقع

3.7 الابلاغ عن الحوادث و التحقيق فيها

3.8 قواعد و تعليمات الصحة والسلامة والبيئة الخاصة بالموقع

3.9 معدات الحماية الشخصية

3.10 نظام التسجيل و مراقبة وثائق الصحة والسلامة والبيئة



4.0 التخطيط

4.1 إدارة المخاطر:

تحديد المخاطر وتقييم إمكانية حدوثها وآثارها ووضع تدابير السيطرة عليها

4.2 المتطلبات القانونية وغيرها :

قوانين وأنظمة وأدلة ممارسة الصحة والسلامة البيئية ونحوها الخ ..

4.3 إدارة الطوارئ وخطة الاخلاء

4.4 خطة أمن الموقع، والتحكم في المداخل

4.5 تصريح العمل

4.6 خطة إدارة الحركة:

كيفية إدارة التحويلات المروية وإغلاق الطرق و حركة المركبات (يرجى الرجوع إلى الاجراءات و الارشادات الخاصة بإدارة هندسة المرور وسلامة الطرق ودائرة النقل)

5.0 التنفيذ و العمليات

5.1 ترتيبات الصحة المهنية :

كيفية إدارة المخاطر من خلال وضع تدابير التحكم فيما يتعلق بمايلي:

- الضوضاء
- الاهتزاز
- درجة الحرارة والإجهاد الحراري
- الاشعاع (الإشعاع المؤين وغير المؤين)
- الإضاءة والتهوية
- مرافق الراحة و الرفاهية
- المواد الخطرة
- الغبار
- العوامل البيولوجية
- الآفات

يرجى الرجوع إلى أدلة الممارسة والمعايير الإرشادية والأداة الفنية الإرشادية لنظام إمارة أبوظبي للسلامة والصحة المهنية (الأوشاد) ذات العلاقة.

5.2 ترتيبات السلامة:

كيفية إدارة المخاطر من خلال وضع وتنفيذ تدابير التحكم فيما يتعلق بمايلي :

- العمل على إرتفاعات
- السقالات والسلالم
- منصات التحميل والمنصات الأخرى بكافة أنواعها
- القوالب و الهياكل
- الأسقف
- معدات وأدوات وعمليات الرفع
- الحفريات والخنادق
- الأماكن المحصورة
- الأنفاق وحفر مداخل الأنفاق
- الهدم
- الخوازيق
- المعدات الكهربائية وشبكات الكهرباء
- اللحام بالكهرباء والغاز
- القطع بالغاز
- المواد الخطرة
- الحريق
- العمل على سطح الماء أو في مكان مجاور لمجرى مائي (بحر، بحيرة ، أو قناة مائية) .
- المركبات والمعدات المتنقلة
- الآلات والمعدات الميكانيكية والنظم الميكانيكية
- الأدوات المحمولة (الكهربائية والهوائية واليدوية)
- فصل المارة/المشاة عن المركبات والمعدات المتحركة
- الحمل والدفع والسحب اليدوي
- الأجسام الساقطة
- الإنزلاق، والتعثّر، والسقوط
- الترتيب والنظافة
- الحيوانات والزواحف
- العنف

يرجى الرجوع إلى أدلة الممارسة والمعايير الإرشادية والأداة الفنية الإرشادية لنظام إمارة أبوظبي للسلامة والصحة المهنية (الأوشاد) ذات العلاقة.

5.3 الترتيبات البيئية

كيفية التعامل مع الجوانب والآثار البيئية من خلال تطوير وتنفيذ تدابير الرقابة فيما يتعلق بما يلي:

5.3.1 إدارة النفايات:

و تشمل التدابير المناسبة للتحكم في جمع وفرز والتخلص من النفايات طبقاً للإجراءات والإرشادات الخاصة بمركز أبوظبي لإدارة النفايات وأدلة الممارسة لنظام إمارة أبوظبي للسلامة والصحة المهنية (الأوشاد) ذات العلاقة.

- النفايات الخطرة
- النفايات غير الخطرة

5.3.2 حماية التربة، و قنوات المياه ، و المياه الجوفية من خطر التلوث:

- مناطق الاحتواء الخاصة بخزانات الوقود، الزيوت، المواد الكيميائية
 - منطقة لغسل و تنظيف معدات خلط الخرسانة و المضخات
 - صواني تنقيط للآليات والمعدات و الشاحنات
 - معدات أو مواد مكافحة تسريب الزيت
- (طبقاً للإجراءات والإرشادات الخاصة بهيئة البيئة - أبوظبي).

5.3.3 حماية الهواء من التلوث:

- برنامج منع الغبار
- الإنبعاثات الهوائية (برامج الصيانة الدورية لمحركات المركبات و الشاحنات و المعدات والمصانع والآليات وما إلى ذلك) .



6.0 التدقيق و المراجعة:

يجب على المكاو أن يحد الأسس التي يستند عليها التدقيق الداخلي و الخارجي في نظام الصحة والسلامة والبيئة ودور الإدارة في المراجعة و التدقيق .

7.0 الملاحق:

7.1 قوائم الفحص:

(ليس مطلوباً تقديمها إلى بلدية مدينة أبوظبي - إدارة البيئة و الصحة و السلامة - فقط للاسترشاد)

7.2 تقييم المخاطر:

(مطلوب تقديمه إلى بلدية مدينة أبوظبي - إدارة البيئة و الصحة و السلامة،
مرفق مع خطة الصحة والسلامة والبيئة)

7.3 التقرير الربع سنوي لأداء السلامة والصحة المهنية:

مطلوب تقديمه ربع سنوياً من الكيانات المسجلة وعالية الخطورة والتي تم اعتماد نظام السلامة والصحة المهنية لها إلى بلدية مدينة أبوظبي - إدارة البيئة و الصحة والسلامة عن طريق نظام الأداء الإلكتروني يرجى الرجوع للآلية رقم ٦ النظام العام لإمارة أبوظبي للسلامة والصحة المهنية - الأوشاد)

7.4 تقارير الإبلاغ والتحقيق في الحوادث:

(مطلوبة من الكيانات المسجلة في النظام العام لإمارة أبوظبي للسلامة والصحة المهنية - الأوشاد وتقديمه إلى بلدية مدينة أبوظبي - إدارة البيئة و الصحة والسلامة عن طريق نظام الأداء الإلكتروني عند وقوع الحوادث القابلة للإبلاغ/البليغة باستخدام النماذج G للإبلاغ عن الحادث و G2 للتحقيق في الحادث. للكيانات الغير مسجلة في النظام العام لإمارة أبوظبي للسلامة والصحة المهنية يمكنها الإبلاغ عن الحوادث البليغة بالإتصال برقم الطوارئ ٩٣٣ لبلدية مدينة أبوظبي مع التحقيق في الحادث. يرجى الرجوع للآلية رقم ١١ للنظام العام لإمارة أبوظبي للسلامة والصحة المهنية - الأوشاد)

7.5 برنامج التدريب التوجيهي للصحة والسلامة والبيئة

(ليس مطلوباً تقديمه إلى بلدية مدينة أبوظبي - إدارة البيئة والصحة و السلامة فقط للإسترشاد)

7.6 تدريب تنويري لطاخم العمل

(ليس مطلوباً تقديمه إلى بلدية مدينة أبوظبي - إدارة البيئة و الصحة والسلامة - فقط للإسترشاد)

ملاحظة: كافة سجلات نظام الصحة والسلامة والبيئة يجب أن تحفظ في موقع العمل و تقدم عند الطلب

8.0 نماذج

تقييم المخاطر

[illegible]

					الاحتمال	
كارثية (٥)	كبرى (٤)					
٥	٤				نادر (١)	
١٠	٨				ممکن (٢)	
١٥	١٢				مزمج (٣)	
٢٠	١٦				أحياناً (٤)	
٢٥	٢٠				متكرر / مؤكّد تقريباً (٥)	
عالية للغاية بشكل غير مقبول يجب ألا يتواصل النشاط في ظل الظروف السائدة					مخاطر بليغة	٢٥ - ١٥
عالية بشكل غير مقبول يجب تعديل النشاط ليتضمن خططاً وإجراءات علاجية، وأن يكون خاضعاً للتقييم مفصل لإجراءات الصحة والسلامة والبيئة					مخاطر كبرى	١٢ - ٨
مقبولة لكن يجب إدارتها بحيث تظل في أدنى مستوى عملي منطقي يمكن البدء في النشاط بشرط الإدارة و/أو التعديل					مخاطر متوسطة	٦ - ٤

(Refer to AD EHSMS CoP 05 – Risk Management) www.ead.ae

ملاحظة: المعلومات الواردة هنا توجيهية وليست محدودة على محتواها

التقرير الربع سنوي لأداء السلامة و الصحة المهنية

Form E

مركز أبوظبي للصحة والسلامة المهنية
ABU DHABI OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH CENTER

اوشاد
oshad

General Information					
Classification Code:			Registration Number:		
Name of Entity:				OSHMS Approval Date:	
Address of Entity:				Telephone Number:	
Contact Details of Authorized Person:	Name:			Telephone Number:	
	E-mail:				
Number of Employees:		Working Hours Performed this Quarter*			
*Working Hrs. = No. of employees x working hrs. x No. of workdays (This simple formula is to be used only if no accurate mechanism available)					
Reporting Period:	Year: YYYY	☐ Q1 (Jan-Mar)	☐ Q2 (Apr-Jun)	☐ Q3 (Jul-Sep)	☐ Q4 (Oct-Dec)
Reporting Timeframe:		Mid April	Mid July	Mid October	Mid-January
Occupational Health & Safety Performance – Mandatory Reporting to Sector Regulatory Authority Note: Refer to OSHAD SF - Mechanism 11.0 for reporting of incident with multiple consequences and its schedule B and C for Guidance on Injuries & Illness					
Occupational Health & Safety Performance Summary for Entity, Contractors & Other Persons					
KPI 2-01	Total Incidents (From My Entity and Non-Nominated Contractor)(sum of KPI 2-02 & 3-01)				
Occupational Health & Safety Performance Summary for Entity					
Total Incidents (From my Entity) (Total No. of incidents that occurred during the reporting quarter)					
Entity (s) Employees Injuries & Illness Consequences		No.	Lost Workdays	Other Consequences	No.
Lost Time Injuries	Fatality			Serious Dangerous Occurrence	
	Permanent Total Disability			Equipment / Property Damage	
	Permanent Partial Disability				
	Lost Workdays Cases				
	a) Lost Workdays Injuries				
	b) Lost Occupational Illness				
Restricted Workday Case					
Medical Treatment Case					
Total Consequences (Summation of Injuries, illnesses and other Consequences)					
KPI 2-03 Total Reported Case Frequency (TRCF) [Total Injuries & Illness reported in KPI 2-02 (Lost Time Injuries, Restricted Workdays and Medical Treatment Cases)]		Number of Total Injuries & Illness Reported in the Reporting Period	Number of Working Hours in Reporting Period	$\frac{TRC \times 1,000,000}{\text{Working Hours}}$	
KPI 2-04 Lost Time Injury Severity Rate (LTISR) [Total Lost Workdays reported in KPI 2-02] Zero LWDs for Fatality & Permanent Total Disability		Number of Workdays lost due to Injuries & Illness in the Reporting Period	Number of Working Hours in Reporting Period	$\frac{\text{No. of Days Lost} \times 1,000,000}{\text{Working Hours}}$	
KPI 2-05 Lost Time Injury Frequency Rate (LTIFR) [Total Lost Time Injuries reported in KPI 2-02 (Fatality, Permanent Total Disability, Permanent Partial Disability & Lost Workdays Cases)]		Number of Lost Time Injuries in the Reporting Period	Number of Working Hours in Reporting Period	$\frac{\text{No. of LTIs} \times 1,000,000}{\text{Working Hours}}$	

OSHAD -SF – Forms
Form E – Entity Quarterly OSH Performance Report - Version 3.0 – 1st November 2016

Page 1 of 3

Form E

مركز أبوظبي للصحة والسلامة المهنية
ABU DHABI OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH CENTER



KPI 2-06	Near Miss	First Aid Cases
Number of Near Miss & First Aid Cases for Entity:		

Occupational Health & Safety Performance Summary for Contractors

(hired by or working for Entity but not Nominated currently with any concerned SRA/does not fall under any current Sector).

KPI 3-01	Total Incidents (From Non-Nominated Contractor) (total No. of incidents that occurred during the reporting quarter)		
Contractor (s) Employees Injuries & Illness Consequences	No.	Other Consequences	No.
Fatality		Serious Dangerous Occurrence	
Permanent Total Disability		Equipment / Property Damage	
Permanent Partial Disability			
Lost Workdays Cases			
a) Lost Workdays Injuries			
b) Lost Workdays Occupational Illness			
Restricted Workday Case			
Medical Treatment Case			
Total Consequences (Summation of Injuries, illnesses and other Consequences)			

KPI 3-02	Near Miss	First Aid Cases
Number of Near Miss & First Aid Cases for Contractors:		

KPI 3-03	Total No. of Contractors	Inspections Performed on Contractors	
Number of Monitoring Activities Performed on Contractor(s) / Supply Chain by Entity (nominated/ non-nominated):	Review / Approval of Contractor OSH Procedures.	Contractor Incidents Investigated by Entity.	
	Specific Requirement / Part System Audit Performed on Contractors	Corrective Notices Issued to Contractors:	
	Full OSHMS Audit Performed on Contractor	Breach Notices Issued to Contractors:	

Consequences Summary for Other Persons (Visitors, Students, Hotel Guests, Passengers, etc.)

KPI 4-01	Total consequences (Summation of Fatalities & Injuries)	
Number of Fatalities & Injuries for other Persons:	Fatality	Other Injuries

KPI 4-02	Near Miss	First Aid Cases
Number of Near-Miss & First Aid Cases for other Persons:		

OSH Resources, OSHMS Development, Implementation and Enforcement Summary for Entity

KPI 5-01- OSH Resources (Cumulative)	Number of OSH Employees	Number of OSH Nationals Employees	$\frac{\text{No. of OSH Nationals Employees} \times 100}{\text{Number of OSH Employees}}$
	Number of OSH Employees that passed the OSHAD-SF Practitioner Course	Number of OSH Employees Registered at Qudorat till date	

OSHAD -SF - Forms

Form E - Entity Quarterly OSH Performance Report - Version 3.0 - 1st November 2016

Page 2 of 3

Form E

مركز أبوظبي للصحة والسلامة المهنية
ABU DHABI OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH CENTER



KPI 5-02 Average Number of Training Hours per Employee	Number of OSH Training Hours Undertaken	No. of OSH Training Hours undertaken by Employees Total No. of Employees		
No. of Participants	Title	Training Level	Training Provider	Training Hours

Note: Additional information can be attached on a separate sheet if required.

KPI 5-03 Third Party OSHMS Compliance Audit	Annual 3 rd Party OSHMS Compliance Audit conducted during this quarter and form F submitted (YES/NO)	
	If YES, include date of audit	

KPI 5-04 Number of Corrective Notices (warning notices, improvement notices) received from the SRA as a result of non-compliance to OSHMS requirements	Number of warning notices received:	
	Number of improvement notices received:	
	Number of prohibition notices received:	

KPI 5-05 Number of Breach Notices (fines / penalties / enforceable undertakings) received from the SRA as a result of non-compliance to OSHMS requirements	Number of fines / penalties received:	
	Number of enforceable undertakings (entity's commitment to spend money to rectify OSHMS non-compliance):	
	Total value of all fines / penalties/ enforceable undertakings enforced (AED):	

Declaration

I declare that all information provided in this document is true, correct and complete.

Signature of the CEO / MD: (Top Manager):		Official Stamp:	
Date: (DD/MM/YYYY)	___/___/___		

Official Use

Remarks :

Relevant Authority Stamp	Entered into Database by:	
	Name:	
	Signature:	
	Date: (DD/MM/YYYY)	___/___/___
	Reviewed by:	
	Name:	
Signature:		
Date: (DD/MM/YYYY)	___/___/___	

تقارير الإبلاغ والتحقيق في الحوادث

النموذج - G الإبلاغ عن حوادث السلامة والصحة المهنية البليغة:

Form G

مركز أبوظبي للسلامة والصحة المهنية
ABU DHABI OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH CENTER



Notification To: _____

Notification Date: (DD/MM/YYYY) _____

To be submitted to the concerned Sector Regulatory Authority a) for fatalities within 24 hrs. of incident and b) for other Serious Incidents within maximum of 3 working days from the date of incident.

1. Reporting Entity Information:		Incident No. (for official use by SRA)	
Name of Entity: _____			
Sector: _____		Classification Code: _____	
Registration Number: _____			
Address of Entity: _____			
Authorized Contact Person: _____		Email Address: _____	
Telephone Number: _____		Mobile Number: _____	

2. Reporting on behalf of a Non-Nominated Contractor (hired by or working for Entity but not Nominated currently with any concerned SRA/does not fall under any current Sector).		☐ Yes	☐ No
Name of Contractor: _____			
Type of Business: _____			
Address: _____			

3. Incident Information				
DD/MM/YYYY	Time (24 hr):			
Type of Incident:	☐ Fatality	☐ Serious Dangerous Occurrence	☐ Serious Injury	☐ Serious Occupational Illness
		Mechanism 11Schedule A	Mechanism 11Schedule B	Mechanism 11Schedule C
Other Consequences resulting from this incident	Restricted Workday Case	Medical Treatment Case	First Aid Cases	Equipment / Property Damage
Incident Description: (Attach additional pages if required) _____				
Incident Location on Site: _____				
Incident Workplace Address: _____				
Region where incident occurred:		☐ Abu Dhabi	☐ Al Ain	☐ Western region
Applicable Reports:	☐ Police	☐ Medical	☐ Other (Specify) _____	
Attached:	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No	☐ Yes ☐ No

4. Injury Type based on Immediate Judgment of the Severity:	
<i>The actual severity and consequences of the notified injury based on diagnosis by licensed health care professional and supported by medical report shall be reported in the incident investigation report to the SRA (Form G1) as well as in the entity performance report to the SRA (Form EE2).</i>	
☐ Injury causing the affected person temporarily unable to perform any regular job or restricted work activity on a subsequent scheduled workday or shift	
☐ Immediate medical treatment of the injured person(s) as an in-patient in a hospital;	
☐ Medical treatment of the injured person(s) within 48 hours of exposure to a substance;	
Immediate medical treatment of the injured person(s) for:	
☐ fracture (not including fingers or toes)	☐ electric shock or electrical burn;
☐ loss of a distinct part or organ of body including the amputation of any part of body;	☐ serious burns due to thermal and chemical agents;
☐ loss of consciousness and/or requiring resuscitation;	☐ entrapment of a body part in machinery / equipment / plant
☐ a serious head injury;	☐ a spinal injury;
☐ a serious eye injury including loss of sight (temporary or permanent);	☐ dislocation of joints
☐ exposure to a hazardous material;	☐ the loss of bodily function; and
	☐ Serious laceration

OSHAD SF – Forms
Form G – Serious Incident Notification – Version 3.0 – 1st November 2016

Page 1 of 2

Form G

مركز أبوظبي للصحة والسلامة المهنية
ABU DHABI OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH CENTER

أوشاد
oshad

☐ the separation of skin from any underlying tissue (such as scalping or de-gloving);

☐ Other

5. Injury Severity known at the time of Incident

The actual severity and consequences of the notified injury based on diagnosis by licensed health care professional and supported by medical report shall be reported in the incident investigation report to the SRA (Form G1) as well as in the entity performance report to the respective SRA (Form E/E2).

☐ Fatality

☐ Permanent Total Disability

☐ Permanent Partial Disability

☐ Lost Workdays Injury

☐ Lost Workdays Occupational Illness

6. Injured Person's Personal Details (For Injuries):

In case of an incident with more than one injured person, complete the information for each person using separate forms.

Name:	Occupation:
Relationship with Entity: ☐ Entity Employee	☐ Contractor Employee ☐ Other Person (e.g. Visitor,)
Nationality:	Date of Birth:
Passport Number:	Length of Service: ___ Years ___ Months
Contact Phone Number:	Gender: ☐ Male ☐ Female

7. Actions Taken Immediately after the Incident:

(Attach additional pages if more space is required)

No.	Actions	Responsibility	Status
1.			
2.			
3.			

Declaration by Reporting Entity:

I declare that all information provided in this document is true, correct and complete.

Signature of the Authorized Contact Person:	Official Stamp:
Date: (DD/MM/YYYY)	

Official Use by SRA

Requires Reporting to OSHAD: ☐ Yes ☐ No Requires SRA Investigation / Follow-up: ☐ Yes ☐ No

Remarks:

Relevant Authority Stamp	Entered into Database by:
	Name:
	Signature:
	Date: (DD /MM /YYYY)
	Reviewed by:
	Name:
Signature:	

تقرير التحقيق في الحوادث

النموذج G1 - التحقيق في حوادث السلامة والصحة المهنية البليغة:

Form G1		مركز أبوظبي للسلامة والصحة المهنية ABU DHABI OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH CENTER		أوشاد oshad	
Appropriate Investigation to be completed as per Mechanism 11.0 To be completed and submitted to SRA as soon as practicable Maximum 30 Calendar Days from Date of Incident - For all Serious Incidents notified to SRA by Form G					
Reporting To:		Reporting Date: (DD/MM/YYYY)			
Part A – Incident Information (as notified in Form G)					
1. Reporting Entity Information:		Incident No. (for official use by SRA)			
Name of Entity:					
Sector:		Classification Code:			
Registration Number:					
Address of Entity:					
Authorized Contact Person:		Email Address:			
Telephone Number:		Mobile Number:			
2. Reporting on behalf of a Non-Nominated Contractor (hired by or working for Entity but not Nominated currently with any concerned SRA/does not fall under any current Sector):				☐ Yes ☐ No	
Name of Contractor:					
Type of Business:					
Address:					
3. Incident Information:					
Date of Incident: (DD/MM/YYYY)		Time (24 hr):			
Incident Type:					
Lost Time Injuries		☐ Fatality			
		☐ Permanent Total Disability			
		☐ Permanent Partial Disability			
		☐ Lost Workdays Injury			
		☐ Lost Workdays Occupational Illness			
☐ Serious Dangerous Occurrence					
4. Incident Details:					
Brief description of the main circumstances leading to the Incident: (Attach additional pages if requires)					
Incident Location on Site:					
Incident Workplace Address					
Region where incident occurred:		☐ Abu Dhabi		☐ Al Ain	
		☐ Western region			
Applicable Reports:		☐ Police		☐ Medical	
		☐ Investigation report and Photos		☐ Other (Specify)	
Attached:		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	
		☐ Yes ☐ No		☐ Yes ☐ No	
5. Injured Person's Personal Details (For Injuries):					
In case of an incident with more than one injured person, complete the information for each person using separate forms					
Name:		Occupation:			
Relationship with Entity:		☐ Entity Employee		☐ Contractor Employee	
		☐ Other Person (e.g. Visitor,)			
OSHAD SF – Forms Form G1 – Serious Incident Investigation – Version 3.1 – 19th April 2017					
Page 1 of 6					

Form G1

مركز أبوظبي للصحة والسلامة المهنية
ABU DHABI OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH CENTER



Nationality:		Date of Birth:	
Passport Number:		Length of Service:	____ Years ____ Months
Contact Phone Number:		Gender:	☐ Male ☐ Female

Part B – Incident Investigation Summary

1. Incident Causes Details: To be supported with the incident investigation report

Immediate Cause (Unsafe Act)	☐ Failure to secure ☐ Failure to warn ☐ Removing / Defeating Safety Devices ☐ Failure to use PPE properly ☐ Operating at improper speed ☐ Lack of awareness / knowledge ☐ Lack of attention / concentration ☐ Violation / taking shortcuts	☐ Operating equipment without authority ☐ Servicing equipment in operation ☐ Using defective equipment / tools ☐ Using equipment improperly ☐ Improper lifting/ loading/ placement ☐ Improper position for task ☐ Horseplay (practical joke with harmful impacts) ☐ Others _____
Immediate Cause (Unsafe Conditions)	☐ Inadequate guards or barriers ☐ Inadequate warning system or notice ☐ Inadequate ventilation ☐ Fire and explosion hazards ☐ High / Low temperature exposure ☐ Hazardous gases/dusts/vapors/fumes ☐ Defective tools, equipment or materials ☐ Others _____	☐ Inadequate or improper protective equipment ☐ Inadequate or excess illumination ☐ Congestion/ restricted action/ poor access ☐ Poor housekeeping, disorder ☐ Excessive noise exposure ☐ Radiation exposure ☐ Equipment failure
Root Causes (Personal factor)	☐ Physical Capability (Any sensory deficiency, inadequate size or strength or physical disabilities) ☐ Mental State (poor judgment, memory failure, poor condition, fears or emotional disturbance) ☐ Behavior (save time, avoids discomfort, improper supervisory, inadequate disciplinary process or inappropriate aggression) ☐ Human Error	☐ Physical Condition (previous injury/illness, Fatigue, blood sugar or impairment due to drugs) ☐ Skill Level (Inadequate required skill, lack of coaching on skill or infrequent performance of skill) ☐ Mental Stress (Frustration, confusion/conflicting directions, emotional overload, extreme meaningless activities or concentration/judgment demands) ☐ Others _____
Root Causes (System Factor)	☐ Inadequate Training / Knowledge transfer ☐ Inadequate / Missing Work Procedures (SoP) ☐ Inadequate Purchasing/Material handling ☐ Inadequate Tools/Equipment ☐ Inadequate Risk Assessment / Management ☐ Inadequate Contractor Management ☐ Inadequate Management of Change ☐ Others _____	☐ Inadequate Leadership Supervision ☐ Inadequate Incident Investigation / Analysis ☐ Inadequate Engineering / Design / Controls ☐ Inadequate Maintenance ☐ Inadequate Communication ☐ Inadequate Planned Inspections ☐ Inadequate Emergency Response Plan

2. Injury Details:

To be supported with diagnosis by Licensed Health Care Professional and/or Medical Report

Nature of Injury / Illness:	☐ Abrasions / Bruising	☐ Amputation - Traumatic	☐ Bite / Sting
	☐ Burn	☐ Concussion	☐ Crush / Internal Injury
	☐ Cuts / Laceration / Open Wound	☐ Hearing Loss / Deafness	☐ Dislocation
	☐ Electric Shock	☐ Foreign Body under Skin	☐ Fracture
	☐ Foreign Body in Eye	☐ Infectious Disease	☐ Hemia
	☐ Heat Related Illness	☐ Occupational Illness / Disease	☐ Musculoskeletal Disorder - Chronic / RSI
	☐ Nerve / Spinal Cord Injury	☐ Psychological (Stress)	☐ Poisoning / Toxic Effect - Ingestion
	☐ Poisoning / Toxic Effect - Inhalation	☐ Strain / Sprain	☐ Respiratory Disease
	☐ Skin Irritation / Disease	☐ Other _____	☐ Other _____

Mechanism of Injury / Illness:	☐ Bite / Sting	☐ Biological Factors	☐ Cave-In or Collapse
	☐ Chemicals / Substances / Radiation	☐ Drowning / Submersion	☐ Dust / Fumes / Gases
	☐ Extreme Temperature / Fire	☐ Electricity	☐ Equipment / Property Damage
	☐ Hit by Moving Object / Crush / Vehicle	☐ Manual Handling	☐ Fall from Height
	☐ Occupational Violence	☐ Penetrating Injury (needle stick, puncture wound)	☐ Mental Stress
	☐ Repetitive Motion	☐ Slip, Trip and Fall	☐ Sound / Pressure
	☐ Struck by Falling Object	☐ Other Unspecified Mechanism:	

Agency / Source of Injury / Illness:	☐ Animal / Human	☐ Confined Space	☐ Environmental Conditions
	☐ Fixed Machinery / Plant	☐ Infectious Agent	☐ Materials or Chemical Substances
	☐ Mobile Plant / Equipment	☐ Non-Powered Equipment / Tools / Appliances	☐ Scaffolding or Ladders
	☐ Powered Equipment / Tools / Appliances	☐ Road Transport / Vehicles	☐ Trench or Excavations
	☐ Sharps / Scalpels / Needles / etc.	☐ Other	

Bodily Location:	☐ Head / Neck	☐ Cervical Spine	☐ Ear	☐ Eye
		☐ Face (excluding eye)	☐ Forehead	☐ Mouth
		☐ Neck	☐ Nose	☐ Scalp / Skull
	☐ Trunk	☐ Abdomen	☐ Back	☐ Genitals
		☐ Pelvis	☐ Spine	☐ Thorax
	☐ Upper Extremity	☐ Clavicle (Collar Bone)	☐ Elbow	☐ Fingers (other than Thumb)
		☐ Forearm	☐ Hand	☐ Shoulder
	☐ Lower Extremity	☐ Thumb	☐ Upper Arm	☐ Wrist
		☐ Ankle	☐ Buttocks	☐ Foot
	☐ Internal Organs	☐ Hip / Groin	☐ Knee	☐ Lower Leg
☐ Thigh		☐ Toes		
☐ General	☐ Arteries	☐ Brain	☐ Heart	
	☐ Heat Related	☐ Kidney	☐ Liver	
	☐ Intestines	☐ Spleen	☐ Stomach	
	☐ Lungs	☐ Occupational Illness	☐ Other:	

Form G1

مركز أبوظبي للصحة والسلامة المهنية
ABU DHABI OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH CENTER



3. Additional Information:

(additional information to complete the investigation as required by clause 5.4 of OSHAD-SF Mechanism 11.0 - to include information not already covered by Form G1.)

Max word count 200 words, further information to be provided in the form of an investigation report.

4. Actions Taken Immediately after the Incident:

(Attach additional pages if more space is required)

No.	Actions	Responsibility	Date Completed:
1.			
2.			
3.			

5. Incident Root Cause(s):

(Refer to Section 1. Attach additional pages if more space is required)

1.	
2.	
3.	

6. Corrective Actions to prevent Recurrence:

(Attach additional pages if more space is required)

No.	Actions:	Person Responsible:	Target Date
1.			
2.			
3.			

7. Incident Cost:

(Approximate / Best Estimate)

No.	Item / Area	Amount (Dhs.)
1.	☐ Injury Cost (Treatment, Hospital, Transport, Insurance, etc.)	
2.	☐ Legal Cost (Compensation claims, judicial prosecutions, etc. - Federal Law No. 8)	
3.	☐ Productivity Cost (Business disruptions, Delays, Production loss / day, Material, Salaries, etc.)	
4.	☐ Asset Cost (Property, Machinery, Equipment, Structure, Vehicle, etc. - Repair & Maintenance)	
5.	☐ Asset Cost (Property, Machinery, Equipment, Structure, Material, Vehicle, etc. - Replacement)	
6.	☐ Enforcement Action (Penalty Issued by Authority)	

Form G1

مركز أبوظبي للصحة والسلامة المهنية
ABU DHABI OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH CENTER

أوشاد
oshad

7.	☐	Incident Scene / Area Restoration Cost (arrangements to making safe, cleanup, etc.)	
8.	☐	Other Cost relevant to / associated with the Incident	
9.		Total Cost	

8. Risk Assessment:

(considering / implementing the post incident corrective actions and controls): Refer to OSHAD SF Technical Guideline on Process of Risk Management

Probability:	☐ Rare	☐ Possible	☐ Likely	☐ Often	☐ Frequent
Severity of Consequence:	☐ Insignificant	☐ Minor	☐ Moderate	☐ Major	☐ Catastrophic
Level of Residual Risk:	☐ Low	☐ Moderate	☐ High	☐ Extreme	

9. Declaration by Injured Person (If applicable / possible)

I declare that all information provided in this document is true, correct and complete.

Name of Injured Person or Representative:		Signature of Injured Person or Representative:	
Date : (DD/MM/YYYY)			

Declaration by Reporting Entity:

- ☐ I declare that all information provided in this document is true, correct and complete.
- ☐ Complete investigation report attached – as per Mechanism 11.0 – Incident Notification, Investigation and Reporting
- ☐ Relevant evidence included / attached to report (e.g. Copies of Relevant Procedures, Permits to Work, Photos, Drawings, MSDS, Copy of Police Report, Copy of Medical Report, Interviews, etc.)
- ☐ I declare that corrective actions listed in this form and/or the attached investigation report will be fully implemented in a timely manner

Incident Investigation Status:	☐ Closed – Completed	☐ Report attached
Signature of the CEO / MD: (Top Manager)		Official Stamp:
Date : (DD/MM/YYYY)		

Form G1

مركز أبوظبي للصحة والسلامة المهنية
ABU DHABI OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH CENTER



Official Use by SRA			
Requires Reporting to OSHAD	☐ Yes	☐ No	Requires SRA Investigation / Follow-up
	☐ Yes	☐ No	
Remarks:			
Relevant Authority Stamp		Entered into Database by:	
		Name:	
		Signature:	
		Date: (DD/MM/YYYY)	
		Reviewed by:	
		Name:	
		Signature:	
		Date: (DD/MM/YYYY)	

Note: Personal information will not be disclosed to other parties without entity's consent unless required to do so by law

النموذج G2 - التحقيق في حوادث السلامة و الصحة المهنية الغير بليغة

Form G2

مركز أبوظبي للسلامة والصحة المهنية
ABU DHABI OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH CENTER



Appropriate Investigation to be completed as per Mechanism 11.0
All non-serious incidents not requiring notification to SRA should be investigated and results recorded using this Form (G2)

Part A – Incident Information			
1. Reporting Entity Information			
Name of Entity:			
Sector:		Classification Code:	
Registration Number:			
Address of Entity:			
Authorized Contact Person:		Email Address:	
Telephone Number:		Mobile Number:	
2. Incident involving a Non-Nominated Contractor (hired by or working for Entity but not Nominated currently with any concerned SRA/does not fall under any current Sector):			☐ Yes ☐ No
Name of Contractor:			
Type of Business:			
Address:			
3. Incident Information:			
Date of Incident (DD/MM/YYYY)		Time (24 hr):	
Incident Type:			
☐ Restricted Work Case			
☐ Medical Treatment Case			
☐ First aid Injury			
☐ Equipment / Property Damage			
☐ Near-miss			
4. Incident Details:			
Brief description of the main circumstances leading to the incident: (Attach additional pages if more space is required)			
Incident Location on Site:			
Incident Workplace Address:			
Medical Report: (if applicable)			

QSHAD SF – Forms
Form G2 – Non Serious Incident Investigation Report – Version 3.0 – 1st November 2016

Page 1 of 5

5. Injured Person's Personal Details (For Injuries):

In case of an incident with more than one injured person, complete the information for each person using separate forms.

Name:	Occupation:		
Relationship with Entity:	☐ Entity Employee	☐ Contractor Employee	☐ Other Person (e.g. Visitor.)
Nationality:	Date of Birth:		
Passport Number:	Length of Service: _____ Years ____ Months		
Contact Phone Number:	Gender:		☐ Male ☐ Female

Part B – Incident Investigation Summary**1. Incident Causes Details:**

To be supported with the incident investigation report

Immediate Cause (Unsafe Act)	☐ Failure to secure	☐ Operating equipment without authority
	☐ Failure to warn	☐ Servicing equipment in operation
Immediate Cause (Unsafe Conditions)	☐ Removing / Defeating Safety Devices	☐ Using defective equipment / tools
	☐ Failure to use PPE properly	☐ Using equipment improperly
Root Causes (Personal factor)	☐ Operating at improper speed	☐ Improper lifting/ loading/ placement
	☐ Lack of awareness / knowledge	☐ Improper position for task
Root Causes (System Factor)	☐ Lack of attention / concentration	☐ Horseplay (practical joke with harmful impacts)
	☐ Violation / taking shortcuts	☐ Others _____
Root Causes (Personal factor)	☐ Inadequate guards or barriers	☐ Inadequate or improper protective equipment
	☐ Inadequate warning system or notice	☐ Inadequate or excess illumination
Root Causes (System Factor)	☐ Inadequate ventilation	☐ Congestion/ restricted action/ poor access
	☐ Fire and explosion hazards	☐ Poor housekeeping, disorder
Root Causes (Personal factor)	☐ High / Low temperature exposure	☐ Excessive noise exposure
	☐ Hazardous gases/dusts/vapors/fumes	☐ Radiation exposure
Root Causes (System Factor)	☐ Defective tools, equipment or materials	☐ Equipment failure
	☐ Others _____	
Root Causes (Personal factor)	☐ Physical Capability (Any sensory deficiency, inadequate size or strength or physical disabilities)	☐ Physical Condition (previous injury/illness, Fatigue, blood sugar or impairment due to drugs)
	☐ Mental State (poor judgment, memory failure, poor condition, fears or emotional disturbance)	☐ Skill Level (Inadequate required skill, lack of coaching on skill or infrequent performance of skill)
Root Causes (System Factor)	☐ Behavior (save time, avoids discomfort, improper supervisory, inadequate disciplinary process or inappropriate aggression)	☐ Mental Stress (Frustration, confusion/conflicting directions, emotional overload, extreme meaningless activities or concentration/judgment demands)
	☐ Human Error	☐ Others _____
Root Causes (System Factor)	☐ Inadequate Training / Knowledge transfer	☐ Inadequate Leadership Supervision
	☐ Inadequate / Missing Work Procedures (SoP)	☐ Inadequate Incident Investigation / Analysis
Root Causes (System Factor)	☐ Inadequate Purchasing/Material handling	☐ Inadequate Engineering / Design / Controls
	☐ Inadequate Tools/Equipment	☐ Inadequate Maintenance

Form G2

مركز أبوظبي للسلامة والصحة المهنية
ABU DHABI OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH CENTER

اوشاد
oshad

		☐ Inadequate Risk Assessment / Management	☐ Inadequate Communication
		☐ Inadequate Contractor Management	☐ Inadequate Planned Inspections
		☐ Inadequate Management of Change	☐ Inadequate Emergency Response Plan
		☐ Others _____	
2. Injury Details:			
<i>To be supported with diagnosis by Licensed Health Care Professional and/or Medical Report</i>			
Nature of Injury / Illness:	☐ Abrasions / Bruising	☐ Amputation - Traumatic	☐ Bite / Sting
	☐ Burn	☐ Concussion	☐ Crush / Internal Injury
	☐ Cuts / Laceration / Open Wound	☐ Hearing Loss / Deafness	☐ Dislocation
	☐ Electric Shock	☐ Foreign Body under Skin	☐ Fracture
	☐ Foreign Body in Eye	☐ Infectious Disease	☐ Hernia
	☐ Heat Related Illness	☐ Occupational Illness / Disease	☐ Musculoskeletal Disorder - Chronic / RSI
	☐ Nerve / Spinal Cord Injury	☐ Psychological (Stress)	☐ Poisoning / Toxic Effect - Ingestion
	☐ Poisoning / Toxic Effect - Inhalation	☐ Strain / Sprain	☐ Respiratory Disease
	☐ Skin Irritation / Disease	☐ Other _____	☐ Other _____
Mechanism of Injury / Illness:	☐ Bite / Sting	☐ Biological Factors	☐ Cave-In or Collapse
	☐ Chemicals / Substances / Radiation	☐ Drowning / Submersion	☐ Dust / Fumes / Gases
	☐ Extreme Temperature / Fire	☐ Electricity	☐ Equipment / Property Damage
	☐ Hit by Moving Object / Crush / Vehicle	☐ Manual Handling	☐ Fall from Height
	☐ Occupational Violence	☐ Penetrating Injury (needle stick, puncture wound)	☐ Mental Stress
	☐ Repetitive Motion	☐ Slip, Trip and Fall	☐ Sound / Pressure
	☐ Struck by Falling Object	☐ Other Unspecified Mechanism: _____	
Agency / Source of Injury / Illness:	☐ Animal / Human	☐ Confined Space	☐ Environmental Conditions
	☐ Fixed Machinery / Plant	☐ Infectious Agent	☐ Materials or Chemical Substances
	☐ Mobile Plant / Equipment	☐ Non-Powered Equipment / Tools / Appliances	☐ Scaffolding or Ladders
	☐ Powered Equipment / Tools / Appliances	☐ Road Transport / Vehicles	☐ Trench or Excavations
	☐ Sharps / Scalpels / Needles / etc.	☐ Other _____	
Body Location:	☐ Head / Neck	☐ Cervical Spine	☐ Ear
		☐ Face (excluding eye)	☐ Forehead
		☐ Neck	☐ Nose
			☐ Eye
			☐ Mouth
			☐ Scalp / Skull
	☐ Trunk	☐ Abdomen	☐ Back
		☐ Pelvis	☐ Spine
			☐ Genitals
			☐ Thorax
☐ Upper Extremity	☐ Clavicle (Collar Bone)	☐ Elbow	
	☐ Forearm	☐ Hand	
	☐ Thumb	☐ Upper Arm	
		☐ Fingers (other than Thumbs)	
		☐ Shoulder	
☐ Lower Extremity	☐ Ankle	☐ Buttocks	
	☐ Hip / Groin	☐ Knee	
	☐ Thigh	☐ Toes	
		☐ Foot	
		☐ Lower Leg	
☐ Internal Organs	☐ Arteries	☐ Brain	
	☐ Intestines	☐ Kidney	
	☐ Lungs	☐ Spleen	
		☐ Heart	
		☐ Liver	
		☐ Stomach	
☐ General	☐ Heat Related	☐ Occupational Illness	
		☐ Other: _____	

3. Actions Taken Immediately after the Incident:

(Attach additional pages if more space is required)

No.	Actions:	Responsibility	Date Completed: (DD/MM/YYYY)
1.			
2.			
3.			

4. Incident Root Cause(s):

(Refer to Section 1. Attach additional pages if more space is required)

1.	
2.	
3.	

5. Corrective Actions to Prevent Recurrence:

(Attach additional pages if more space is required)

No.	Actions:	Person Responsible:	Target Date(DD/MM/YYYY)
1.			
2.			
3.			

6. Incident Cost:

(Approximate / Best Estimate)

No.	Item / Area	Amount (Dhs.)
1.	☐ Injury Cost (Treatment, Hospital, Transport, Insurance, etc.)	
2.	☐ Legal Cost (Compensation claims, judicial prosecutions, etc. – Federal Law No. 8)	
3.	☐ Productivity Cost (Business disruptions, Delays, Production loss / day, Material, Salaries, etc.)	
4.	☐ Asset Cost (Property, Machinery, Equipment, Structure, Vehicle, etc. – Repair & Maintenance)	
5.	☐ Asset Cost (Property, Machinery, Equipment, Structure, Material, Vehicle, etc. – Replacement)	
6.	☐ Enforcement Action (Penalty Issued by Authority etc.)	
7.	☐ Incident Scene / Area Restoration Cost (arrangements to make safe, cleanup, etc.)	
8.	☐ Other Cost relevant to / associated with the Incident	
9.	Total Cost	

7. Risk Assessment

(considering / implementing the post incident corrective actions and controls) Refer to OSHAD SF Technical Guideline on Process of Risk Management

Probability:	☐ Rare	☐ Possible	☐ Likely	☐ Often	☐ Frequent
Severity of Consequence:	☐ Insignificant	☐ Minor	☐ Moderate	☐ Major	☐ Catastrophic
Level of Residual Risk:	☐ Low	☐ Moderate	☐ High	☐ Extreme	

8. Declaration by Injured Person (If applicable)

I declare that all information provided in this document is true, correct and complete.

Name of Injured Person or Representative:		Signature of Injured Person or Representative:	
Date : (DD/MM/YYYY)	____/____/____		

9. Reviews & Approvals:

- ☐ Complete investigation report attached – as per Mechanism 11.0 – Incident Notification, Investigation and Reporting
- ☐ Relevant evidence included / attached to report (e.g. Copies of Relevant Procedures, Permits to Work, Photos, Drawings, MSDS, Copy of Police Report, Copy of Medical Report, Interviews, etc.)
- ☐ Corrective actions listed in this form and/or the attached investigation report will be fully implemented in a timely manner

Incident Investigation Status: ☐ Closed – Completed ☐ Report attached

Signature of Investigation Team Leader	Signature of OSH Manager or Equivalent
Date (DD/MM/YYYY) ____/____/____	Date (DD/MM/YYYY) ____/____/____

التدريب التوجيهي للصحة والسلامة والبيئة

معلومات عامة			
اسم الشركة:		اسم المشروع:	
اسم المتدرب:		تاريخ بدء التدريب:	
مواضيع للنقاش			
رقم	الوصف	توقع	ملاحظات
١	وصف المشروع		
٢	سياسة الشركة للبيئة والصحة والسلامة		
٣	إجراءات الطوارئ (نظام الانذار: صناديق الاسعافات الأولية، نقاط التجمع، خطة الإخلاء، مسارات الهروب، مسؤول الإطفاء، مقدم الاسعافات الأولية)		
٤	التعريف بكبار الموظفين		
٥	مخطط الموقع و مرافق الراحة و الرفاهية (استراحة ، حمامات الخ)		
٦	لوائح الموقع (مثل المخدرات، و المشروبات الكحولية، وسياسة منع التدخين ، و اللوحات الارشادية المختلفة، و عدم الاستهتار و ارتداء معدات الحماية الشخصية ، وعدم لبس المجوهرات ززز الخ)		
٧	البيئة و التخلص من النفايات		
٨	أخطار خاصة بالموقع مخاطر حوادث و شبكة		
٩	حركة المركبات في الموقع		
١٠	تصاريح العمل		
١١	تقييم المخاطر / سجل المخاطر		
١٢	التبليغ عند الحوادث		
مواضيع أخرى ذات صلة مطروحة للنقاش (إن وجدت)			
١	إدارة التغيير (عمليات، معدات، البات إجراءات جديدة)		
٢	القوانين و اللوائح المطبقة ذات العلاقة		
التوقيع والمواعظ			
توقيع الموظف:		ملاحظات:	
تم الإعداد بواسطة: _____		ملاحظات:	
الوظيفة: _____			
التوقيع: _____			

التدريب التنويري للصحة والسلامة والبيئة

اسم الشركة :		اسم المشروع :	
المكان :		التاريخ :	
المهمة المحددة المطلوب القيام بها :			
(أ) : المواضيع التي تمت مناقشتها :			
٤	١	٥	٢
٦	٣		
(ب) : اسم وتوقيع العمال الحاضرين :			
التوقيع	الاسم	التوقيع	الاسم
تم الإعداد بواسطة :			
الاسم :			
لوظيفة :			
التوقيع :			

9.0 قوائم الفحص:

وتشتمل على الآتي:

(ليس مطلوباً تقديمها إلى بلدية مدينة أبوظبي - إدارة البيئة و الصحة و السلامة - فقط للاسترشاد)

- الأماكن المحصورة.
- إدارة الحركة.
- التركيبات الكهربائية.
- البيئة.
- الحفريات.
- الحريق والطوارئ.
- المواد الخطرة.
- النظافة والترتيب.
- السلال.
- معدات وأدوات الرفع الميكانيكية.
- الآلات.
- الأدوات المحمولة.
- معدات الحماية الشخصية.
- السقالات.
- الموقع عامة.
- المركبات والمعدات المتحركة.
- اللحام والقطع بالغاز.
- مرافق الرفاهية.
- منصات العمل والمنصات البارزة.

قائمة فحص الأماكن المحصورة

معلومات عامة			
اسم الشركة :		اسم المشروع :	
تم الإعداد بواسطة :		التاريخ :	
ضعيف : غياب تدابير التحكم الكبرى (مخاطر عالية) . يجب وقف العمل ومراجعة تقييم للمخاطر على الفور . مقبول : بعض التدابير الثانوية غير موجودة (مخاطر متوسطة) . يجب القيام بتدابير تحكم إضافية . جيد : كل التدابير المطلوبة متوفرة (مخاطر منخفضة) . وهناك حاجة للمراقبة فقط .			

الوصف					ملاحظات (أذكر ملاحظاتك ، وخطة العمل التصحيحية المقترحة)
التقييم				البند	
جيد	مقبول	ضعيف	لا ينطبق		
☐	☐	☐	☐	يتم التعرف على الأخطار وتقييم المخاطر وإبلاغ عنها قبل بدء العمل	
☐	☐	☐	☐	يتم تطبيق تدابير العمل ، ووضعها في مكان العمل	
☐	☐	☐	☐	يتم القيام بعزل ميكانيكي أو كهربائي للمنطقة المحصورة	
☐	☐	☐	☐	يتم توفير التهوية الكافية لضمان انسحاب قدر كاف من الهواء	
☐	☐	☐	☐	يتم القيام بأعمال النظافة والتطهير اللازمة لإزالة كل أخطار الغازات والأبخرة المشتعلة والمواد السامة	
☐	☐	☐	☐	يتم إجراء فحص للتركيز الأكسجين لضمان توفر المستوى القياسي المقبول	
☐	☐	☐	☐	يتم القيام باستكشاف الغازات المشتعلة أو السامة للتأكد من اختفائها أو وجودها بمعدلات تقل عن الحد المسموح	
☐	☐	☐	☐	تتوفر أنظمة الطوارئ (ربط الجسم كاملاً ، توفر الحوامل ، توفر وسائل الرفع)	
☐	☐	☐	☐	توفر طاقم الدعم والإقذاع	
☐	☐	☐	☐	يتم استخدام أدوات/أجهزة لا يصدر منها الشرر (وسائل وأجهزة آمنة أصلاً)	
☐	☐	☐	☐	يتم توفير إضاءة كافية	
☐	☐	☐	☐	يتم استخدام المعدات الصحيحة للتنفس الخالي ومعدات الوقاية الشخصية	
☐	☐	☐	☐	توفر المداخل والمخارج المناسبة	
☐	☐	☐	☐	يتم عزل المنطقة المحيطة بدوائر و/أو أقماع مع وضع لوحات مناسبة (حيثما لزم)	
تمت الموافقة بواسطة :					
الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع		
مهندس/ مدير الصحة والسلامة والبيئة :					

التوزيع وتأكيد الاستلام			
مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			

قائمة فحص إدارة الحركة

معلومات عامة

اسم الشركة :	اسم المشروع :	
تم الإعداد بواسطة :	التاريخ :	

ضعيف : غياب تدابير التحكم الكبير (مخاطر عالية) . يجب وقف العمل ومراجعة تقييم للمخاطر على الفور .

مقبول : بعض التدابير الثانوية غير موجودة (مخاطر متوسطة) ، يجب القيام بتدابير تحكم إضافية .

جيد : كل التدابير المطلوبة متوفرة (مخاطر منخفضة) ، وهناك حاجة للمراقبة فقط .

الوصف

ملاحظات	التقييم				البند
	لا ينطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
(أذكر ملاحظتك ، وخطة العمل التصحيحية المفترضة)	☐	☐	☐	☐	اللوحات الإرشادية الإنذارية الميكرو
	☐	☐	☐	☐	اللوحات الإرشادية لأعمال الطرق
	☐	☐	☐	☐	اللوحات الإرشادية
	☐	☐	☐	☐	اللوحات الإرشادية الرقمية (إل إي دي)
	☐	☐	☐	☐	اللوحات التوجيهية على شكل أسهم
	☐	☐	☐	☐	الاعمدة الفاصلة
	☐	☐	☐	☐	الأقماح
	☐	☐	☐	☐	الاعمدة الانبوجية المرنة
	☐	☐	☐	☐	علامات الرصف المصبوغة
	☐	☐	☐	☐	علامات الرصف المرفوعة
	☐	☐	☐	☐	الحواجز البلاستيكية المعبأة بالمياه
	☐	☐	☐	☐	الحواجز الخرسانية
	☐	☐	☐	☐	حواجز الصدمات الطولية
	☐	☐	☐	☐	المضاريح التحذيرية (المصابيح الومضية والنواحة)
	☐	☐	☐	☐	إثارة الشوارع
	☐	☐	☐	☐	إشارات مرورية مؤقتة
	☐	☐	☐	☐	أشرطة تنبيهية
	☐	☐	☐	☐	ممنصات الصدمات
	☐	☐	☐	☐	مناطق عازلة
	☐	☐	☐	☐	أقماح وأشرطة تحذيرية (Tapers)
	☐	☐	☐	☐	حملة أرباب (Flaggers)
	☐	☐	☐	☐	مسارات مشاة
	☐	☐	☐	☐	مداخل ومخارج مسار موقع الإنشاء
	☐	☐	☐	☐	حواجز
	☐	☐	☐	☐	حواجز حاجبة للاشعاع
	☐	☐	☐	☐	حدة الانحناء وعرض المسار

تمت الموافقة بواسطة :

الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع
مهندس / مدير الصحة والسلامة والبيئة :			

التوقيع وتأكيد الاستلام

مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			

38

قائمة فحص التركيبات الكهربائية

الوصف					
البند	التقييم				ملاحظات (أذكر ملاحظتك وخطة العمل التصحيحية المقترحة)
	جيد	مقبول	ضعيف	لا ينطبق	
يتم تحديد الاخطار الكهربائية و تقييم كافة المخاطر ذات الصلة	☐	☐	☐	☐	
يتم استخدام "تصاريح العمل" الخاصة بالأعمال الكهربائية ووضعها في الموقع	☐	☐	☐	☐	
كافة أعمال التركيبات و الاختبارات و الإصلاح و التشغيل يتم القيام بها بواسطة فنيين مؤهلين	☐	☐	☐	☐	
كافة التركيبات الكهربائية مطابقة للمعايير الدولية	☐	☐	☐	☐	
كافة التركيبات الكهربائية الخارجية مقاومة للعوامل الجوية	☐	☐	☐	☐	
كافة التركيبات الكهربائي مزودة بدائرة قطع عند التسريب الارضي	☐	☐	☐	☐	
كافة لوحات التوزيع مغلقة و موقعة	☐	☐	☐	☐	
الكوابل و الاسلاك الممتدة في كافة ارجاء الموقع في حالة جيدة و محمية بشكل جيد و يتم مراجعتها بشكل منتظم	☐	☐	☐	☐	
الكوابل خالية من الوصلات و يتم استخدام المقابس المناسبة فقط لتمديد الكوابل	☐	☐	☐	☐	
لا توجد أسلاك مكشوفة داخل المقابس و يتم فقط استخدام القوابس المزودة بمنصهرات و توصيلات ارضية	☐	☐	☐	☐	
المقابس غير محملة بأكثر من طاقتها	☐	☐	☐	☐	
مستوى الاضاءة مناسب للمهمة	☐	☐	☐	☐	
يتم تنفيذ نظام الاغلاق و التعريف	☐	☐	☐	☐	
تمت الموافقة بواسطة :					
الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع		
مهندس/مدير البيئة و الصحة و السلامة					

التوزيع وتأكيد الاستلام			
مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			

قائمة فحص البيئة

الوصف					
ملاحظات (أذكر ملاحظاتك، وخطة العمل التصحيحية المقترحة)	التقييم				البند
	لا ينطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
	☐	☐	☐	☐	يتم فرز وتجميع النفايات في أماكن مخصصة مألوفة (على أساس عزل النفايات الخطرة من غير الخطرة)، ويتم توفير أعداد كافية من حاويات/صناديق النفايات
	☐	☐	☐	☐	يتم إزالة النفايات والنفايات منها بشكل منتظم وطريقة التوجيهات مركز إدارة النفايات - أروكلي
	☐	☐	☐	☐	يتم توفير تجهيزات للتحكم في تسرب الزيت والكيماويات (الحزبات المقواة، صواني التقيط، مواد مكافحة التسرب الزيتي)
	☐	☐	☐	☐	يتم تخصيص أماكن محددة لغسيل خلاطات ومضخات الخرسانة
	☐	☐	☐	☐	التجميع والتصرف السليم للمياه العادمة ومياه الصرف الصحي
	☐	☐	☐	☐	إدارة السلامة للصحيح المنبعث من المشروع من خلال تركيب تجهيزات احتواء الضوضاء (مثل العوازل الصوتية وجدولة الأعمال)
	☐	☐	☐	☐	يتم القيام بتدابير التحكم في الغبار والأتربة
	☐	☐	☐	☐	الصيانة المنتظمة للمعدات المتحركة المركبات والآليات
تمت الموافقة بواسطة :					
الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع		
مهندس/ مدير الصحة والسلامة والبيئة :					

التوزيع وتأكيذ الاستلام			
مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			

قائمة فحص الحفريات

الوصف					
ملاحظات	التقييم				البند
	لا ينطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
(أذكر ملاحظتك، وخطة العمل التصحيحية المقترحة)					
	☐	☐	☐	☐	التعرف على الاخطار و تقييم المخاطر
	☐	☐	☐	☐	تم توفير مداخل و محارذ مناسبة
	☐	☐	☐	☐	تم تركيب الانظمة المطلوبة للحماية من السقوط (مثل الحواجز: الموانع ، ألواح منع سقوط المواد الاصابع الاقماغ الانذار و نحوها)
	☐	☐	☐	☐	نواتج الحفرتكون مستقرة و بعيدة عند مسافة آمنة من جوانب الحفريات
	☐	☐	☐	☐	تم توفير أنظمة / أساليب مناسبة للدعم (الاسناد الجوانب المائلة و المديبة)
	☐	☐	☐	☐	تم وضع خطة الجاهزية للطوارئ و نشرها و تنفيذها
	☐	☐	☐	☐	تم وضع اللوحات و الاشارات و الاضاءة التحذيرية و الاشرطة التحذيرية المناسبة و تصاريح العمل و نحوها
	☐	☐	☐	☐	تم تحديد المرافق الخدمية تحت الارض و بيان مواقعها و الحصول على كافة التصاريح المطلوبة و عرضها بشكل يسهل رؤيتها
	☐	☐	☐	☐	تم التأكد من ان الحفريات صالحة للعمل
	☐	☐	☐	☐	تم توفير التدريب و التوعية الملانمة لجمع العاملين المعنيين (مثل التدريب للتويري و التدريبات المتخصصة)
تمت الموافقة بواسطة :					
التوقيع					الوظيفة
					مهندس/مدير الصحة والسلامة والبيئة :

التوزيع وتأكيد الاستلام			
			مدير المشروع :
			مهندس المشروع :

قائمة فحص الحريق والطوارئ

الوصف					
ملاحظات (أذكر ملاحظاتك، وخطة العمل التصحيحية المقترحة)	التقييم				البند
	لا ينطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
	☐	☐	☐	☐	تقييم مخاطر الحريق و تنفيذ تدابير التحكم
	☐	☐	☐	☐	تخصيص مكان لخزين المواد القابلة للاشتعال / الحريق
	☐	☐	☐	☐	اتخاذ تدابير داخلية جسدة بما في ذلك التفريغ اليومي للنفايات
	☐	☐	☐	☐	اتباع سياسة عدم التدخين/ منع النيران المكشوفة و تخصيص منطقة محددة لتدخين
	☐	☐	☐	☐	اتباع إجراءات تصاريح العمل للاعمال الساخنة
	☐	☐	☐	☐	وضع و تعميم خطة الاخلاء ونشر و تعميم أرقام الطوارئ و أسماء مسؤولي الاطفاء
	☐	☐	☐	☐	تخصيص وسائل كافية للهروب و ابقائها خالية من العوائق
	☐	☐	☐	☐	وجود معدات مكافحة حرائق مناسبة في الموقع مع القيام بصيانتها و فحصها بانتظام
	☐	☐	☐	☐	وجود لوحات الطوارئ و نقاط التجمع في مكانها الصحيح و ابلاغ كافة الاطراف بها
	☐	☐	☐	☐	تنظيم الحملات التوعوية و التدريبية السليمة لتمرين الاطفاء
	☐	☐	☐	☐	وجود عدد كاف من مستلزمات الاسعافات الأولية و مقديميها المدربين
تمت الموافقة بواسطة :					
الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع		
مهندس/ مدير الصحة والسلامة والبيئة :					

التوزيع وتأكيد الاستلام			
مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			

قائمة فحص المواد الخطرة

معلومات عامة			
اسم الشركة :		اسم المشروع :	
تم الإعداد بواسطة :		التاريخ :	
ضعيف : غياب تدابير التحكم الكبرى (مخاطر عالية) ، يجب وقف العمل ومراجعة تقييمه للمخاطر على الفور . مقبول : بعض التدابير الثانوية غير موجودة (مخاطر متوسطة) ، يجب القيام بتدابير تحكم إضافية . جيد : كل التدابير المطلوبة متوفرة (مخاطر منخفضة) ، وهناك حاجة للمراقبة فقط .			

الوصف					
ملاحظات (أذكر ملاحظاتك ، وخطة العمل التصحيحية المقترحة)	التقييم				البند
	لا ينطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
	☐	☐	☐	☐	التخزين السليم ، والتهوية الجيدة ، والعزل الجيد ، وعرض اللافئات المناسبة
	☐	☐	☐	☐	توفر نشرة بيانات سلامة المواد ، وتعميمها على المختصين
	☐	☐	☐	☐	توفر قدر كاف من معدات مكافحة الحريق
	☐	☐	☐	☐	توفر مخارج الطوارئ ، ومعدات التنفس ، وأنه يتم اختبارها والتأكد من أنها بحالة جيدة
	☐	☐	☐	☐	توفر معدات الحماية الشخصية للعاملين ، وأنه يتم ارتداؤها أثناء العمل
	☐	☐	☐	☐	وضع حاجز مفرقة على حاويات وبراميل ومواعين المواد الخطرة ، مع حمايتها من الانسكاب والتسرب
	☐	☐	☐	☐	المحافظة على حاويات وبراميل ومواعين المواد الخطرة الفارغة تحت السيطرة
تمت الموافقة بواسطة :					
الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع		
مهندس/ مدير الصحة والسلامة والبيئة :					

التوزيع وتأكيذ الاستلام			
مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			

قائمة فحص النظافة والترتيب

معلومات عامة			
اسم الشركة :		اسم المشروع :	
تم الإعداد بواسطة :		التاريخ :	
ضعيف : غياب تدابير التحكم الكبرى (مخاطر عالية) . يجب وقف العمل ومراجعة تقييمهم للمخاطر على الفور . مقبول : بعض التدابير الثانوية غير موجودة (مخاطر متوسطة) ، يجب القيام بتدابير تحكم إضافية . جيد : كل التدابير المطلوبة متوفرة (مخاطر منخفضة) ، وهناك حاجة للمراقبة فقط .			

الوصف					
ملاحظات (أذكر ملاحظاتك . وخطه العمل التصحيحية المقترحة)	التقييم				البند
	لا ينطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
	☐	☐	☐	☐	المداخل والمخارج آمنة وخالية من العوائق
	☐	☐	☐	☐	رص المواد بشكل سليم ، والتخزين الآمن لأية مواد سائلة
	☐	☐	☐	☐	النظافة والتنسيق للمكاتب والموقع
	☐	☐	☐	☐	تجميع المخلفات الإنشائية في أماكن محددة
	☐	☐	☐	☐	توفر أعداد كافية من حاويات القمامة ، وتفرغها يوميا
	☐	☐	☐	☐	إزالة المسامير من الأخشاب القديمة ، وتغطية كافة القضبان الحديدية
	☐	☐	☐	☐	نظافة وترتيب المكاتب في الموقع والموقع بشكل عام
تمت الموافقة بواسطة :					
الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع		
مهندس / مدير الصحة والسلامة والبيئة :					

التوزيع وتأكيد الاستلام			
مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			

قائمة فحص السلالم

معلومات عامة			
اسم الشركة :	اسم المشروع :		
تم الإعداد بواسطة :	التاريخ :		
ضعيف : غياب تدابير التحكم الكبير (مخاطر عالية). يجب وقف العمل ومراجعة تقييم المخاطر على الفور . مقبول : بعض التدابير الثانوية غير موجودة (مخاطر متوسطة) ، يجب القيام بتدابير تحكم إضافية . جيد : كل التدابير المطلوبة متوفرة (مخاطر منخفضة) ، وهناك حاجة للمراقبة فقط .			

الوصف					
ملاحظات	التقييم				البند
	لا ينطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
(أذكر ملاحظاتك ، وخطة العمل التصحيحية المقترحة)	☐	☐	☐	☐	التصنيع الجيد (عدم استخدام سلالم خشبية مصنوعة باليد)
	☐	☐	☐	☐	كافة السلالم في حالة جيدة وملائمة للمهام المطلوبة
	☐	☐	☐	☐	يتم وضع السلالم في زوايا عملية مناسبة بزاوية ٧٥ درجة أقصى عند الاستخدام
	☐	☐	☐	☐	يتم تأمين المهيكل العلوي والسفلي والامتداد مترا واحدا فوق مستوى المنصة
	☐	☐	☐	☐	يتم توفير بسطة وسطى للسلالم التي ترتفع أكثر من ٩ أمتار
	☐	☐	☐	☐	يتم وضع السلالم على قواعد صلبة ومسطحة مركزة على دعائم
	☐	☐	☐	☐	السلالم القابلة للتمديد مؤمنة بشكل سليم (بمعنى إغلاق الامتداد ووجود مسافة تدخل كافية)
	☐	☐	☐	☐	عتبات السلالم خالية من الشحوم والزيوت وغيرها من المواد الزلجاء
	☐	☐	☐	☐	يجب عدم استخدام السلالم المعدنية أثناء القيام بأعمال كهربائية (إلا مكان استخدام السلالم المصنوعة من الألياف بدلا عنها)
	☐	☐	☐	☐	يتم توفير السلالم الرأسية الثابتة المزودة بأقفاص للحماية من السقوط
	☐	☐	☐	☐	يتم فحص السلالم قبل الاستخدام وصيانتها بشكل منتظم
تمت الموافقة بواسطة :					
الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع		
مهندس / مدير الصحة والسلامة والبيئة :					

التوزيع وتأكييد الاستلام			
مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			

قائمة فحص معدات وأدوات الرفع الميكانيكية

الوصف					
ملاحظات (أذكر ملاحظتك، وخطة العمل التصحيحية المقترحة)	التقييم				البند
	لا ينطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
	☐	☐	☐	☐	يتم استخدام روافع وحبال معتمدة من طرف ثالث وفحصها وصيانتها بانتظام، وحفظ السجلات الخاصة بها
	☐	☐	☐	☐	يتم الإعداد لخطة / إجراءات الرفع والإبلاغ عنها
	☐	☐	☐	☐	يتم فحص واعتماد كل معدات الرفع والتروس بواسطة طرف ثالث
	☐	☐	☐	☐	المتشغل والمساعد مؤهلان (مدربان لدى طرف ثالث)، والسائق والمشغل مرخصان
	☐	☐	☐	☐	الرافعات، والأسلاك والحبال والسلاسل والأحزمة والخضافات والأغلال في حالة جيدة، ومناسبة للعمل، ويتم فحصها وتدوين سجلاتها بانتظام
	☐	☐	☐	☐	جداول الحمولة معروفة، وتؤخذ في الاعتبار قبل البدء في أي عملية للرفع
	☐	☐	☐	☐	مؤشرات الحمولة، وأجهزة الإنذار، وغيرها من تجهيزات السلامة في حالة تشغيل
	☐	☐	☐	☐	يتم القيام بمراجعة حالة الأرضية، والقيام بأي أعمال تصحيحية
	☐	☐	☐	☐	الركائز في حالة تشغيل، ويتم توفير الصينية الصلبة
	☐	☐	☐	☐	يتم عزل عمليات الرفع مع وضع لافتات مناسبة
تمت الموافقة بواسطة :					
الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع		
مهندس / مدير الصحة والسلامة والبيئة :					
التوزيع وتأكييد الاستلام					
مدير المشروع :					
مهندس المشروع :					

قائمة فحص الآلات

الوصف				
البند	التقييم			
	جيد	مقبول	ضعيف	لا ينطبق
ملاحظات (أذكر ملاحظاتك، وخطة العمل التصحيحية المقترحة)	☐	☐	☐	☐
	يتم صيانة الآليات بانتظام لتظل في حالة تشغيل جيدة مع الاحتفاظ بالسجلات في الموقع			
	☐	☐	☐	☐
	يتم تشغيل الآليات تبعاً لتعليمات الصانع			
	☐	☐	☐	☐
	يتم تدريب المشغلين المؤهلين واعتمادهم			
	☐	☐	☐	☐
	جودة الحالة العامة والصيانة المنتظمة			
	☐	☐	☐	☐
	توفر حماية أمنة مناسبة			
☐	☐	☐	☐	
كافة التركيبات الكهربائية محمية وخالية من الأضرار (قواطع التيار، القواطع الأسلاك)				
☐	☐	☐	☐	
توفر الحماية ضد الظروف المناخية				
☐	☐	☐	☐	
أزرار التوقف في الحالات الطارئة وغيرها من تجهيزات السلامة في حالة تشغيل ويتم وضع علامات واضحة للإشارة عليها				
☐	☐	☐	☐	
إشارات السلامة وتعليمات الصانع معروضة بشكل جيد ويتم اتباعها بشكل سليم				
☐	☐	☐	☐	
تتوفر معدات الحماية الشخصية ويتم استخدامها بشكل سليم				
تمت الموافقة بواسطة :				
الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع	
مهندس / مدير الصحة والسلامة والبيئة :				

التوزيع وتأكيد الاستلام			
مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			

قائمة فحص الأدوات المحمولة

معلومات عامة			
اسم الشركة:	اسم المشروع:		
تم إلعداد بواسطة:	التاريخ:		
ضعيف: غياب تدابير التحكم الكبير (مخاطر عالية)، يجب وقف العمل ومراجعة تقييم المخاطر على الفور . مقبول: بعض التدابير الثانوية غير موجودة (مخاطر متوسطة)، يجب القيام بتدبير تحكم إضافية . جيد: كل التدابير المطلوبة متوفرة (مخاطر منخفضة)، وهناك حاجة للمراقبة فقط .			

الوصف				
البيد	التقييم			
	جيد	مقبول	ضعيف	لا ينطبق
ملاحظات				
الأدوات الكهربائية :				
الكوابل الكهربائية لا تشكل خطورة أو عوائق والتوصيلات تتم على الوجه الصحيح مزودة بخطوط أرضية ومنصهرات	☐	☐	☐	☐
المتشغل يكون ذو كفاءة ومذول	☐	☐	☐	☐
يتم تركيب وضبط الدوائر والأجهزة بالأدوات في حالة جيدة	☐	☐	☐	☐
كافة الخراطيم ووصلات الاقترب والتحكم ذات معايير صحيحة	☐	☐	☐	☐
أزرار التوقف في الحالات الخطرة موجودة وفي حالة تشغيل	☐	☐	☐	☐
تعليمات الصانع متوفرة ويتم اتباعها	☐	☐	☐	☐
الأدوات الهوائية :				
يتم فحص وصيانة الخراطيم ووصلات الاقترب والتحكم بشكل منتظم	☐	☐	☐	☐
الأدوات مثبتة بإحكام بالخراطيم من خلال وسائل فعالة لمنع الانقطاع	☐	☐	☐	☐
محاذير تيار الهواء محمية من الضرر، ويتم صيانتها وفحصها بشكل منتظم	☐	☐	☐	☐
يتم توفير جهاز سلامة لخطوط الهواء بقطر واسع	☐	☐	☐	☐
تعليمات الصانع متوفرة ويتم اتباعها	☐	☐	☐	☐
الأدوات اليدوية (غير موصلة بالكهرباء) :				
يتم مراجعة وفحص الأدوات اليدوية قبل الاستخدام	☐	☐	☐	☐
لا يتم استخدام الأدوات المصنعة محلياً والأدوات المستخدمة ملائمة للمهمة	☐	☐	☐	☐
يتم توفير معدات الحماية الشخصية لكافة أنواع الأدوات المذكورة أعلاه	☐	☐	☐	☐
تمت الموافقة بواسطة :				
الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع	
مهندس/ مدير الصحة والسلامة والبيئة :				

التوقيع وتأكيد الاستلام			
مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			

قائمة معدات الحماية الشخصية

معلومات عامة			
اسم الشركة:	اسم المشروع:		
تم الإعداد بواسطة:	التاريخ:		
ضعيف: غياب تدابير التحكم الكيرى (مخاطر عالية)، يجب وقف العمل ومراجعة تقييم المخاطر على الفور. مقبول: بعض التدابير الثانوية غير موجودة (مخاطر متوسطة)، يجب القيام بتدبير تحكم إضافية. جيد: كل التدابير المطلوبة متوفرة (مخاطر منخفضة)، وهناك حاجة للمراقبة فقط.			

ملاحظات	التقييم				البند
	لا ينطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
ملاحظات (أذكر ملاحظاتك، وخطة العمل التصحيحية المقترحة)	☐	☐	☐	☐	سياسة معدات الحماية الشخصية موجودة ويتم عرض اللافتات الخاصة بها
	☐	☐	☐	☐	يتم توفير الحد الأدنى من معدات الحماية الشخصية (خوذة أحذية سلامة، صديري مرئي بشكل واضح ونظارات سلامة) لجميع الموظفين، مع استثناءات السجلات الخاصة بها
	☐	☐	☐	☐	نقطة مراجعة معدات الحماية الشخصية موجودة في المدخل
	☐	☐	☐	☐	معدات الحماية الشخصية مطابقة للمعايير الدولية ذات الصلة وتحمل العلامات اللازمة بشكل واضح
	☐	☐	☐	☐	المستخدمون هم/يتم تدريبهم على استخدام وصيانة وتخزين معدات الحماية الشخصية
	☐	☐	☐	☐	يتم توفير المزيد من معدات الحماية الشخصية حسب الحاجة للأفراد الذين يقومون بأنشطة حساسة (مثل الحزام الكامل للجسم للعمل في الارتفاعات، وقناع كامل للوجه، ومعدات للتنفس، وغيرها)
	☐	☐	☐	☐	يتم اختيار معدات الحماية الشخصية بشكل صحيح بناءً على تقييم مخاطر المهام
	☐	☐	☐	☐	يتم القيام بالفحص والنظافة والصيانة المنتظمة و/أو الاستبدال حسب الضرورة
تمت الموافقة بواسطة:					
الوظيفة:	الاسم:	التاريخ:	التوقيع:		
مهندس / مدير الصحة والسلامة والبيئة:					

التوزيع وتأكيد الاستلام			
مدير المشروع:			
مهندس المشروع:			

قائمة فحص السقالات

معلومات عامة			
اسم الشركة :	اسم المشروع :	التاريخ :	
تم الزعداد بواسطة :			
ضعيف : غياب تدابير التحكم الكبير (مخاطر عالية) ، يجب وقف العمل ومراجعة تقييم المخاطر على الفور . مقبول : بعض التدابير الثانوية غير موجودة (مخاطر متوسطة) ، يجب القيام بتدابير تحكم إضافية . جيد : كل التدابير المطلوبة متوفرة (مخاطر منخفضة) ، وهناك حاجة للمراقبة فقط .			

الوصف					الملاحظات
التقييم				البند	
جيد	مقبول	ضعيف	لا ينطبق		(الذكر ملاحظاتك، وخطة العمل التصحيحية المقترحة)
☐	☐	☐	☐	كافة السقالات يتم تركيبها وفحصها وتغييرها وفكها بواسطة فريق مؤهل	
☐	☐	☐	☐	يتم عرض الفتحات ونشريات بيانات السقالات بشكل واضح ومرئي	
☐	☐	☐	☐	يتم توفير سبل الدخول الى السقالة ويتم إحصاها بشكل سليم	
☐	☐	☐	☐	يتم استخدام مواد جيدة للتركيب السقالات خالية من الأضرار	
☐	☐	☐	☐	المتصات مصنوعة بشكل جيد من الألواح غير الناقصة ويتم ربطها دون ترك لفترات بين الخشبات والألواح	
☐	☐	☐	☐	كل ألواح المتصة مربوطة بشكل محكم	
☐	☐	☐	☐	يوجد تدخل صحيح للمتصات مع الدعامات المناسبة	
☐	☐	☐	☐	يتم اتخاذ إجراءات احترازية ضد السقوط (حاجز واقى، سياج يدوي، سياج وسطي، ألواح لحماية القدم واقى من الشبك/الطوب، وشبكة سلامة)	
☐	☐	☐	☐	السقالات مربوطة بشكل جيد، وكل الارتفاعات مشدودة بشكل محكم	
☐	☐	☐	☐	توافر قاعدة معدنية أو خشبية	
☐	☐	☐	☐	توفير حماية من الجهة العليا	
☐	☐	☐	☐	السقالات المتحركة مزودة بحواجز حماية وواقى أرجل ومتصات سليمة وكاملات وسبل للدخول وإغلاق للعجلات	
☐	☐	☐	☐	معدات الحماية الشخصية متوفرة ويتم استخدامها بشكل صحيح (ألباس كامل الجسم مربوط بحزام ثابتة أو وسيلة أخرى)	
تمت الموافقة بواسطة :					
الوظيفة :	الاسم :	التاريخ :	التوقيع :		
مهندس / مدير الصحة والسلامة والبيئة :					

التوقيع وتأكيد الاستلام			
مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			

قائمة فحص الموقع عامة

الوصف					
ملاحظات (أذكر ملاحظتك، وخطة العمل التصحيحية المقترحة)	التقييم				البند
	لا ينطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
	☐	☐	☐	☐	تتوفر لوحات السلامة في الموقع
	☐	☐	☐	☐	يتم تأمين الموقع بشكل جيد وإقامة السياج المطلوب (لوحات معدنية مغلقة ولوحات مرورية)
	☐	☐	☐	☐	توجد إجراءات تدريب زوار الموقع
	☐	☐	☐	☐	توجد مكاتب ومواقف كافية للسيارات في الموقع
	☐	☐	☐	☐	توجد لوحات إرشادية ولوحات للسلامة
	☐	☐	☐	☐	تتوفر وثائق ومستندات الصحة والسلامة والبيئة (مثل دليل الصحة والسلامة والبيئة، خطة الصحة والسلامة والبيئة، تقييم السلامة، تصاريح العمل، تقارير الحوادث، التدريبات وسجلات التدريب التوجيهي/التنويري والتفتيش وسجلات التدريب، ونحوها)
تمت الموافقة بواسطة :					
التوقيع	التاريخ		الاسم	الوظيفة	
				مهندس/مدير الصحة والسلامة والبيئة :	

التوزيع وتأکید الاستلام			
			مدير المشروع :
			مهندس المشروع :

قائمة فحص المركبات و المعدات المتحركة

معلومات عامة			
اسم الشركة:	اسم المشروع:		
تاريخ الإعداد بواسطة:	التاريخ:		
ضعيف: غياب تدابير التحكم الكبرى (مخاطر عالية). يجب وقف العمل ومراجعة تقييم المخاطر على الفور. مقبول: بعض التدابير الثانوية غير موجودة (مخاطر متوسطة). يجب القيام بتدابير تحكم إضافية. جيد: كل التدابير المطلوبة متوفرة (مخاطر منخفضة). وهناك حاجة للمراقبة فقط.			

الوصف					
ملاحظات	التقييم				البند
	لا يطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
(الذكر ملاحظتك، وخطة العمل التصحيحية المقترحة)					يتم ترخيص المركبات والآليات المتحركة بواسطة السلطة المختصة
	☐	☐	☐	☐	السلطات والمشتغلين الكفاء ذو كفاءة مرخصين
	☐	☐	☐	☐	المكان في حالة تشغيل جيدة
	☐	☐	☐	☐	لا توجد تسريبات ظاهرة
	☐	☐	☐	☐	يتم تنظيف الأتربة والجزء ونيس هناك ما يعيقها
	☐	☐	☐	☐	المقاعد في حالة جيدة والجزء المقاعد تعمل بشكل جيد
	☐	☐	☐	☐	المصابيح والإشارات الضوئية وماسحات الزجاج والأيون في وضع تشغيلي جيد
	☐	☐	☐	☐	الطارات خالية من العيوب ومملوءة بالهواء
	☐	☐	☐	☐	يتم توفير أجهزة التنبيه عند الرجوع إلى الخلف، والمناورات التنبيهية تعمل بشكل سليم
	☐	☐	☐	☐	يتم القيام بالفحص والصيانة الدورية وخدمة اسخالات
	☐	☐	☐	☐	توفر مضخة حرق وصندوق إرساعات أولية بحالة جيدة
	☐	☐	☐	☐	يتوفر كاسم/مكمد صوت
تمت الموافقة بواسطة :					
التوقيع	الاسم	التاريخ	التوقيع		
مهندس / مدير الصحة والسلامة والبيئة :					

التوزيع وتأكيده الاستلام			
مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			

قائمة فحص قطع اللحام والغاز

معلومات عامة			
اسم الشركة :	اسم المهندس :		
تم الإصدار بواسطة :	التاريخ :		
ضعيف: غياب تدابير التحكم الكبرى (مخاطر عالية)، يجب وقف العمل وازالة تدابير تقييم المخاطر على الفور . مقبول: بعض التدابير الثانوية غير موجودة (مخاطر متوسطة)، يجب القيام بتدبير تحكم إضافية . جيد: كل التدابير المطلوبة متوفرة (مخاطر منخفضة)، وهناك حاجة لتدبير فقط .			

الوصف					
ملاحظات	التقييم				البند
	لا يطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
عام :					
	☐	☐	☐	☐	يتم القيام بتحديد الأخطار وتقييم المخاطر وتفيذ إجراءات التحكم المطلوبة
	☐	☐	☐	☐	توجد لافتات تصاريح العمل وهي سارية المفعول ومعتمدة في جميع المناطق ويتم عرضها في مواقع مرئية
	☐	☐	☐	☐	يتم تحديد منطقة العمل بشكل سليم ويتم عرض اللوحات التحذيرية
	☐	☐	☐	☐	يتم إزالة كافة المواد القابلة للاشتعال والاحتراق من منطقة العمل أو يتم حمايتها من مصادر الاشتعال بشكل سليم
	☐	☐	☐	☐	يتم تحديد كافة الآثار الصحية الممكنة الحادة والمزمنة وهذه الآثار إجراءات المراقبة السليمة
	☐	☐	☐	☐	يتم توفير التهوية الكافية
	☐	☐	☐	☐	يتم القيام بالمهام بواسطة شخص أو أشخاص مؤهلون
	☐	☐	☐	☐	توجد أعداد كافية من أجهزة مكافحة الحريق في منطقة العمل أثناء وبعد العمل
	☐	☐	☐	☐	يتم توفير معدات الحماية الشخصية المناسبة واستخدامها في جميع الأوقات
اللحام الكهربائي :					
	☐	☐	☐	☐	أسلاك اللحام والكابلات تتوفر بنفس الطول ويتم تركيبها وحمايتها بالشكل الصحيح وهي خالية من التلف
	☐	☐	☐	☐	الكابلات الكهربائية في حالة جيدة وخالية من التلف ومحمية بالشكل الصحيح
	☐	☐	☐	☐	يتم توفير قواطع ومقابس ذات مواصفات جيدة
	☐	☐	☐	☐	كافة دوائر القطب الكهربائي (الكترود) ذات مواصفات جيدة ومعزولة وخالية من التلف
	☐	☐	☐	☐	كافة التوصيلات الأرضية مؤمنة ومحمية لضمان توصيل أرضي جيد
	☐	☐	☐	☐	الهيكل الخارجي لماكينة اللحام موصل بشكل فعال بالأرض
اللحام والقطع بالغاز :					
	☐	☐	☐	☐	يتم تحديد أسطوانات الغاز المختلفة الأنواع ووضع علامات واضحة عليها
	☐	☐	☐	☐	يتم فصل أسطوانات الغاز حسب اختلافها ويتم تخزينها بشكل جيد ولا تتعرض لضوء الشمس المباشر
	☐	☐	☐	☐	يتم توفير التدريبات الملائمة لجميع المستخدمين حول التعامل مع أسطوانات الغاز ويشمل ذلك الملابس، وحرك الأسطوانات، والأخطار، والتدبير الاحتياطية، ونحوها
	☐	☐	☐	☐	يتم الاحتفاظ بمعدات الأسطوانات الملحقات، الخرطوم، صمامات الارتجاع، مانعات اللهب المرتجة، الأنابيب المنقوطة بطريقة عملية نظامية، وهي خالية من الأضرار
نمت الموافقة بواسطة :					
الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع		
مهندس / مدير الصحة والسلامة والبيئة :					

التوزيع والتأكيد للاستلام			
مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			

قائمة فحص مرافق الرفاهية

معلومات عامة			
الاسم الشئكة:	الاسم المشروع:		
تاريخ إعداد بواسطة:	التاريخ:		
ضعيف: غياب تدابير التحكم الكبرى (مخاطر عالية). يجب وقف العمل وضرورة تقييم المخاطر على الفور. مقبول: بعض التدابير الثانوية غير موجودة (مخاطر متوسطة). يجب القيام بتدابير تحكم إضافية. جيد: كل التدابير المطلوبة متوفرة (مخاطر منخفضة). وهناك حاجة للمراقبة فقط.			

الوصف					
ملاحظات	التقييم				البيان
	لا ينطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
ملاحظات (الذكر ملاحظة، وخطة عمل التصحيحية المقترحة)					يتوفر القدر الكافي من مرافق الوضوء والحمامات والغسيل.
	☐	☐	☐	☐	توجد استراحة ملائمة ونظيفة ومبردة الهواء وتتوفر بها مياه نظيفة وباردة
	☐	☐	☐	☐	يوجد مخزن للأظعمة
	☐	☐	☐	☐	غرفة تغيير الملابس مزودة بمرافق لحفظ الملابس الواقية المستخدمة في العمل [إزالة]
	☐	☐	☐	☐	يتم الإشارة إلى موقع المصلي بشكل واضح ويتم تعهده بالنظافة في جميع الأوقات
	☐	☐	☐	☐	تتوفر المداخل والأبواب الآمنة للمرافق
	☐	☐	☐	☐	مرافق الرفاهية نظيفة وفي حالة صحية جيدة
	☐	☐	☐	☐	يتم تخصيص منطقة محددة للتدخين مع توفر المعدات الملائمة لمكافحة الحريق
تمت الموافقة بواسطة:					
الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع		
مهندس / مدير الصحة والسلامة والبيئة:					

التوقيع والتأكيد الاستلام			
مدير المشروع:			
مهندس المشروع:			

قائمة فحص منصات العمل والسقالات البارزة

معلومات عامة			
الاسم المشترك :		الاسم المشروع :	
تم الإعداد بواسطة :		التاريخ :	
ضعيف : غياب تطبيق التحكم الكيفي (مخاطر عالية) ، يجب وقف العمل ومراجعة تقييم المخاطر على الفور . مقبول : بعض التدابير الثانوية غير موجودة (مخاطر متوسطة) ، يجب القيام بتطبيق تحكم إضافية . جيد : كل التدابير المطلوبة متوفرة (مخاطر منخفضة) ، وهناك حاجة للمراقبة فقط .			

الوصف					
ملاحظات	التقييم				البناء
	لا ينطبق	ضعيف	مقبول	جيد	
(الأنظر ملاحظاتي، وخطة عمل التصحيحية المقترحة)	☐	☐	☐	☐	المنصة مصممة بشكل جيد (الأبعاد انبساطها متوافقة مع معايير السلامة) ومناسبة للغرض
	☐	☐	☐	☐	المنصة خالية من الأضرار وفي حالة جيدة
	☐	☐	☐	☐	كل أنواع المنصات مربوطة بشكل محكم ولا توجد ثغرات بين الأنواع
	☐	☐	☐	☐	يتم توفير الحماية اللازمة من السقوط (الحاجز الجداري ، الحاجز الواسطي ، لوحة الشدمين ، ملابس الجسم ، وسيلة الانقاذ ، وشبكة السلامة)
	☐	☐	☐	☐	يتم تحديد الوزن الأقصى وكتلته بشكل واضح
	☐	☐	☐	☐	المنصات غير مستخدمة لحمل منصات أخرى
	☐	☐	☐	☐	يتم تركيب الدعامات والركائز الكافية (المنصات العملية العلوية المتحركة)
	☐	☐	☐	☐	فحص الطرف الثالث – القيام بالحيانة الحورية والالتزام بالتعليمات الواردة في دليل الصانع (المنصات العملية العلوية المتحركة والحمايات)
	☐	☐	☐	☐	يتم توفير الدعامات الناتئة وتزويدها بحاجز حماية ، وحاجز وسطي ، وألواح للقدمين ، وشبكة /طوب حماية
	☐	☐	☐	☐	يجب عدم وضع أحمال زائدة في السقالات البارزة أو وضع فيها فقط الوزن المقرر
	☐	☐	☐	☐	يجب فحص السقالات البارزة بواسطة شخص مؤهل كلما تم تركيبها ، أو إجراء تغيير فيها ، أو نقلها
	☐	☐	☐	☐	يجب توفير معدات الحماية الشخصية اللازمة
تمت الموافقة بواسطة :					
الوظيفة	الاسم	التاريخ	التوقيع		
مهندس / مدير الصحة والسلامة والبيئة :					

التوزيع وتأكيد الاستلام			
مدير المشروع :			
مهندس المشروع :			