

**Houd er rekening mee dat alle persoonsgegevens die in dit document worden verstrekt, zullen worden verwerkt in overeenstemming met de AVG-wetgeving en het TMC-beleid over de bescherming van persoonsgegevens. Gelieve dit document vertrouwelijk behandelen.**

## Sectie 1. Incidentinformatie

Werkplek / Project			
Adres			
Exacte locatie incident			
Referentienummer incident (HSEQ)			
Datum incident		Time	

**EEN KOPIE VAN DIT RAPPORT MOET WORDEN VERZONDEN NAAR DE HSEQ-ADMINISTRATOR**

## Sectie 2. Incidentfeiten

<p><b>Basisfeiten en Beschrijving</b></p> <p>Gee feen volledige beschrijving van het incident; voeg eventuele schetsen, sitelays of foto's toe. Vermeld de belangrijkste betrokkenen en een tijdlijn van de gebeurtenissen. Wie heeft het incident afgehandeld en op welke wijze Indien van toepassing: namen en hoeveelheden van betrokken stoffen en wie of wat erdoor beïnvloed is.</p>						
<p><b>Incident Type</b></p>	<p><b>Persoonlijk letsel</b> (Vul alle secties in behalve 6-7)</p>	<p>Geen verzuim (Niveau 1)</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Verzuimongeval – minder dan 7 dagen (Niveau 2)</p>	<input type="checkbox"/>	
		<p>Meer dan 7 dagen of specifiek letsel onder RIDDOR (Niveau 3)</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Dodelijk ongeval (Niveau 4)</p>	<input type="checkbox"/>	
	<p>Vink aan indien de persoon naar het ziekenhuis is gebracht:</p>					<input type="checkbox"/>
	<p><b>Lid van het publiek</b> (Complete all sections except 6-7)</p>	<p>Letsel – geen directe ziekenhuisbehandeli</p>	<input type="checkbox"/>	<p>Letsel – directe ziekenhuisbeha</p>	<input type="checkbox"/>	

		ng vereist (Niveau 2)		ndeling vereist (Niveau 3) <b>RIDDOR</b>		
	<b>Milieuimpact</b> *Niveau zoals overeengekomen met milieumanager (Ga naar sectie 6)	Gering (Niveau 1) *	<input type="checkbox"/>	Matig (Niveau 2) *	<input type="checkbox"/>	
		Ernstig (Niveau 3) *	<input type="checkbox"/>	Zeer aanzienlijk (Niveau 4) *	<input type="checkbox"/>	
	<b>Schade aan bedrijfsmiddelen / eigendommen</b> (Ga naar sectie 7)	<input type="checkbox"/>	Geringe tot matige schade (laag Risico (Niveau 1 - 2))	<input type="checkbox"/>	Aanzienlijke schade (Niveau 3 -4)	<input type="checkbox"/>
	Bijna-ongeval / Interventie		<input type="checkbox"/>	Registreerbare gebeurtenissen - <b>*Niveau zoals overeengekomen met HSEQ-directeur / senior HSEQ / milieumanager</b>		
	Gevaarlijke gebeurtenis (Level 3) <b>RIDDOR</b>		<input type="checkbox"/>			
<b>INCIDENT CLASSIFICATIE (Vink alle opties aan die van toepassing zijn)</b>						
<b>G&amp;V (Gezondheid &amp; Veiligheid) Incidenten</b>						
Letsel opgelopen tijdens het hanteren, tillen of dragen	<input type="checkbox"/>	Uitglippen / struikelen / vallen op hetzelfde niveau			<input type="checkbox"/>	
Val van hoogte	<input type="checkbox"/>	Geraakt door bewegend voertuig			<input type="checkbox"/>	
Geraakt door bewegend (vallend/vliegend) voorwerp	<input type="checkbox"/>	Contact met elektriciteit			<input type="checkbox"/>	
Defect/misbruik van apparatuur	<input type="checkbox"/>	Contact met schadelijke stoffen			<input type="checkbox"/>	
Snij- of prikwonden door scherp voorwerp	<input type="checkbox"/>	Contact met vreemd martieraal (voorwerp of deeltje in het oog)			<input type="checkbox"/>	
<b>Andere G&amp;V incidenten</b>						
Blootstelling aan gezondheidsrisico's	<input type="checkbox"/>	Agressie en geweld			<input type="checkbox"/>	
Brand	<input type="checkbox"/>	Bijna-ongeval - onveilige situatie			<input type="checkbox"/>	
Levering (Laden/lossen)	<input type="checkbox"/>	Positieve interventie - onveilige handeling/situatie			<input type="checkbox"/>	
Bijna-ongeval - onveilig handelen	<input type="checkbox"/>	Anders <b>(Specificeer)</b>			<input type="checkbox"/>	
Schade aan bedrijfsmiddelen/eigendommen <b>(Specificeer)</b>						
<b>Milieuincidenten</b>						
Morsen / Lekkage	<input type="checkbox"/>	Lichte vervuiling			<input type="checkbox"/>	

Stof / zwerfvuil	<input type="checkbox"/>	Afvalbeheer (opslag/afvoer)	<input type="checkbox"/>
Bodemverontreiniging	<input type="checkbox"/>	Verontreiniging van de riolering	<input type="checkbox"/>
Schade aan bomen met een beschermende status (TPO)	<input type="checkbox"/>	Luchtkwaliteit (dampen/geuren)	<input type="checkbox"/>
Geluidsoverlast	<input type="checkbox"/>	Modder op de weg	<input type="checkbox"/>
Letsel/dood van beschermende diersoorten of natuurlijke habitats	<input type="checkbox"/>	Archaeologische schade	<input type="checkbox"/>
Anders (Specificeer)			
Weersomstandigheden tijdens het incident			
Staat van de ondergrond (indien van toepassing)			
Gegevens getuigen (indien van toepassing)			
	Getuige 1		Getuige 2
Naam			
CSCS- of ID-referentie			
Telefoonnummer			

### Sectie 3. Gegevens gewond persoon

Naam			
Geslacht		Leeftijd	
Adres			
Telefoonnummer (prive)		Telefoonnummer (werk)	
Beroep			
Werkgever			
Dienstverband	Personeel		Aannemer
	Oproepbasis		Bezoeker

### Sectie 4. Details van het letsel

Schaafwond	<input type="checkbox"/>	Amputatie	<input type="checkbox"/>
Kneuzing	<input type="checkbox"/>	Brandwond	<input type="checkbox"/>
Hersenschudding	<input type="checkbox"/>	Beknellingsletsel	<input type="checkbox"/>
Snijwond	<input type="checkbox"/>	Ontwrichting	<input type="checkbox"/>

Electrisch letsel	<input type="checkbox"/>	Oogletsel	<input type="checkbox"/>		
Breuk	<input type="checkbox"/>	Verzwikking of verrekking	<input type="checkbox"/>		
Anders (Specificeer)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Anders..					
Gewonde lichaamsdelen					
Nek	<input type="checkbox"/>	Rug	<input type="checkbox"/>		
Romp	<input type="checkbox"/>	Hoofd	<input type="checkbox"/>		
Gezicht	<input type="checkbox"/>				
	Link s	Rechts		Link s	Recht s
Oog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vinger(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Teen/tenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Voet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pols	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bovenste ledenmaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Onderste ledenmaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Sectie 5. Behandeling gewonde persoon

EHBO toegediend	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>	Door wie	
Hulpdiensten aanwezig?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>	Details	
Details van behandeling						
Bestemming na behandeling	Terug naar werk	<input type="checkbox"/>	Naar huis	<input type="checkbox"/>	Ziekenhui s	<input type="checkbox"/>
Gegevens ziekenhuis, behandeladvies en reactie van de gewonde persoon					Verwachte terugkeerdatum	

## Sectie 6. Details milieu-impact

Gereinigd / hersteld (specificeer)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>	n.v.t.	<input type="checkbox"/>
Bij morsen – welk type ondergrond? (specificeer)	Hard (beton/asfalt)	<input type="checkbox"/>	Doorlatend (grint/grond)	<input type="checkbox"/>		

Was de spill kit aanwezig en toereikend?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>	n.v.t.	<input type="checkbox"/>
Vond het incident plaats nabij een watergang of afvoerput?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>	n.v.t.	<input type="checkbox"/>
Heeft het incident impact gehad op kwetsbare gebieden? (specificeer)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>	n.v.t.	<input type="checkbox"/>
Indien gerelateerd aan afval: wat voor soort afval was het?	Gevaarlijk		<input type="checkbox"/>	Niet-gevaarlijk		<input type="checkbox"/>
Indien luchtverontreiniging: wat was de bron van de uitstoot?						
Welke delen van de boom zijn beschadigd en wat is de mate van de veroorzaakte schade? (specificeer)						
Omvang van de schade veroorzaakt aan archeologische vondsten.						
Specificeer de betrokken beschermde diersoorten/natuurlijke habitats.						
Anders (specificeer)						

## Sectie 7. Schade aan middelen/eigendommen

Type middel / eigendom						
Eigenaar middel / eigendom						
Eigenaar op de hoogte gesteld	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>	Referentie	
Hulpdiensten ingelicht (indien van toepassing)	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>	Referentie	
Geringe tot matige schade aan eigendommen of bedrijfsmiddelen (laag risico), zoals schade aan nutsvoorzieningen van kabel-tv, BT-kabel, water- of	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>	Details	

gasaansluitingen met een diameter van 23 mm of minder.						
Aanzienlijke schade aan eigendommen of bedrijfsmiddelen (hoog risico), zoals schade aan water- of gasleidingen boven 23 mm, hoofdwaterleidingen (hoge/middendruk), HV- en LV-elektriteitskabels, olie- of gaspijpleidingen van derden en glasvezelkabels.	Ja	<input type="checkbox"/>	Ne e	<input type="checkbox"/>	Details	
Gedetailleerde omvang, locatie en partij verantwoordelijk voor de schade.						
In het geval van het raken van een nutsvoorziening: was deze voorziening bij ons bekend?	Ja	<input type="checkbox"/>	Ne e	<input type="checkbox"/>	Referentie	
Diepte van de voorziening?						
Moet deze schade worden betwist?	Ja	<input type="checkbox"/>	Ne e	<input type="checkbox"/>	Redenering	

## Sectie 8. Initiële bevindingen (Oorzaakanalyse)

Details	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Medewerker voerde ongepland werk uit.</li> <li>○ Medewerker gebruikte niet-goedgekeurde apparatuur.</li> <li>○ Medewerker volgde de veilige werkprocedures niet op.</li> <li>○ Medewerker heeft geen vergunning voor 'heet werk' aangevraagd.</li> </ul>
---------	---

## Sectie 9. Genomen en te nemen acties (Phronesys)

Acties	Uitgevoerd door:	Uitvoeringsdatum:
1. Intern TMC onderzoek uitgevoerd		
2. Interne disciplinaire maatregelen genomen		
3. Toezichthouder voortaan altijd aanwezig bij werkzaamheden in gebouwen.		
4. Alle medewerkers opnieuw geïnstrueerd over standaardprocedures (tool box talk)		
5. Geen 'heet werk' toegestaan zonder voorafgaande goedkeuring van Global Switch.		

## Sectie 10. Foto's / schetsen van het incident

Foto's /schetsen bijgevoegd	Ja	<input type="checkbox"/>	Ne e	<input type="checkbox"/>	Referentie	
-----------------------------	----	--------------------------	---------	--------------------------	------------	--

## Sectie 11. Aanstelling van de onderzoeker

Hulp van HSEQ-afdeling nodig bij onderzoek?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nee	<input type="checkbox"/>
Hoofdonderzoeker details (name, role)				

## Sectie 12. Distributie

	Ja	Nee	n.v.t.	Details
Klant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HSEQ-afdeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Contracts Manager	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Overig				

## Sectie 13. Rapporteur van het incident

Naam (in blokletters)			
Functie			
Handtekening		Datum	

**ELK INCIDENT ZAL OP ZICHZELF WORDEN BEOORDEELD OM TE BEPALEN OF EEN ONDERZOEK NODIG IS EN OP WELK NIVEAU.**