

No. Formulir :  
 No.Revisi :  
 Tanggal :

### Informasi Tenaga Kerja

Nama Lengkap:
Alamat Tempat Tinggal:
Jenis Kelamin: L/P*)
Umur:
Nomor Induk:
Bagian/ Departemen:
Jabatan:
Telepon:

### Deskripsi Cedera/ Insiden

Hari/Tanggal/ Bulan/ Tahun:	
Waktu (Pukul):	WIB/ WIT/ WITA*)
Nama Pelapor Insiden:	Jabatan dan Nomor Telepon:
Saksi Langsung Insiden:	Jabatan dan Nomor Telepon:

**Kategori Insiden:**  Near Miss/ Situasi Berbahaya (berpotensi mengakibatkan cedera atau kerugian aset perusahaan)  Lost Time (absen dari pekerjaan karena cedera)  
 First Aid (membutuhkan pengobatan segera, seperti perban, kompres dingin)  Health Care (pengobatan oleh petugas medis)

<b>Pengobatan Cedera:</b> <input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Petugas Medis Perusahaan/ Klinik <input type="checkbox"/> Pertolongan Pertama <input type="checkbox"/> Rumah Sakit/ Pelayanan Darurat	Deskripsi Cedera (bagian tubuh yang cedera, kondisi cedera):
	Deskripsi pertolongan pertama yang diberikan:

### Analisis/ Perbaikan Insiden

Kronologi Kejadian/ Peristiwa:
Penyebab Insiden/ Kecelakaan:
Akibat Insiden/ Kecelakaan:
Langkah Perbaikan:

*\*Supervisor atau atasan yang bersangkutan wajib melaporkan secara tertulis kepada Departemen K3 dalam waktu tidak lebih dari 1x24 jam terhitung sejak terjadinya insiden/kecelakaan.*

Dilaporkan Oleh,

Mengetahui,

(.....)

(.....)