



מדינת ישראל
משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה
פיקוח על העבודה, בריאות בטיחות וגהות בעבודה

טופס דיווח על תאונת עבודה/מחלת מקצוע

תאריך _____

1. פרטי המדווח

שם ממלא הטופס _____

מס' תעודת זהות _____

תפקידו של ממלא הטופס _____

מס' טלפון של המדווח _____

2. פרטי המעביד או העסק

שם המעביד או העסק _____

מס' מע"מ (עוסק מורשה) _____

מס' תיק בביטוח לאומי _____

מס' תיק ברשם החברות _____

מס' מפעל במשרד התמ"ת _____

כתובת המעביד:

ישוב _____

רחוב _____

מס' בית _____

מיקוד _____

שם איש קשר _____

מס' טלפון במפעל _____

מהות העסק או המפעל (פעילות עיקרית) _____

מס' עובדים במפעל _____

שם מקום העבודה בו ארעה התאונה (במידה ושונה מפרטי המעביד) _____

שם המחלקה בה ארעה התאונה _____

כתובת בה ארעה התאונה (במידה ושונה מכתובת המפעל): _____

ישוב _____

רחוב _____

מס' בית _____

מס' טלפון _____

שם אדם שהגיע למקום התאונה /עד ראיה _____

הערות _____

מס' טלפון _____



מדינת ישראל
משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה
פיקוח על העבודה, בריאות בטיחות וגהות בעבודה

3. פרטים על התאונה

(חלק זה ימולא ע"י האחראי הישיר על הנפגע או ע"י מנהל העבודה)

תאריך התאונה _____ שעת התאונה: _____ לפנה"צ ☐ אחה"צ ☐

מס' הנפגעים _____

התאונה ארעה כאשר:

- ☐ בעת ביצוע העבודה (לא בנסיעה) ☐ בנסיעה בזמן העבודה
☐ בדרך אל/מ העבודה ☐ בעת פעילות ספורט, תרבות וכו' במסגרת מקום העבודה

תאר באופן מפורט את מהלך התאונה, נסיבותיה וכיצד ארעה
(נא לתאר באופן חופשי את המקרה)

אילו מצבים או תנאים לא בטוחים גרמו לתאונה ואילו אמצעים ננקטים למטרות מניעה?

אילו מבין הגורמים הבאים היוו לדעתך סיבה לאירוע התאונה?

מטלה / משימה:

- ☐ משימה מורכבת מידי
☐ משימה לא ברורה
☐ שיטת עבודה לא מתאימה/שגויה
☐ ציוד לא מתאים לביצוע המשימה
☐ לחץ/חוסר זמן מספיק
☐ חוסר בנהלים/הנחיות

עובד:

- ☐ כושר גופני לא מתאים
☐ לא קיבל הדרכה מתאימה/מספקת
☐ חוסר מיומנות/הכשרה לביצוע המשימה
☐ חוסר מיגון אישי/מיגון אישי לקוי
☐ קשר לקוי עם עובדים אחרים
☐ עומס עבודה רב מידי/עייפות
☐ לבוש/ביגוד לא מתאים
☐ עבודה בניגוד לכללים/נהלים



מדינת ישראל
משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה
פיקוח על העבודה, בריאות בטיחות וגהות בעבודה

מתקן / מכונה:

- ☐ ליקוי/חוסר בתחזוקה
- ☐ ליקוי/חוסר במגינים וגידורים
- ☐ ליקוי ארגונומי
- ☐ בעיות מכניות אחרות

סביבה:

- ☐ אי סדר במקום העבודה
- ☐ שדה ראייה לקוי/לא מספיק
- ☐ תאורה לקויה/לא מספיקה
- ☐ איוורור לקוי/לא מספיק
- ☐ חשיפה לחומרים כימיים
- ☐ חשיפה לקרינה
- ☐ רעש
- ☐ טמפרטורה גבוהה מידי/נמוכה מידי
- ☐ משטח עבודה לא יציב
- ☐ משטח עבודה לא מגודר

אם בתאונה היה מעורב מכשיר או מכונה או חומר ספציפי - רשום כאן פרטי זיהוי מדויקים
ואת החלק שפגע בנפגע



מדינת ישראל
משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה
פיקוח על העבודה, בריאות בטיחות וגהות בעבודה

4. פרטי נפגע (יש למלא סעיף זה עבור כל נפגע בנפרד)

נפגע מס' 1

שם משפחה _____

שם פרטי _____

מס' ת"ז / דרכון _____

ת. לידה _____

מין ☐ ז' ☐ נ'

כתובת:

ישוב _____

רחוב _____

מס' בית _____

מס' טלפון _____

מקצועו של הנפגע - פירוט מדויק _____

סוג העסקה:

☐ עובד המפעל/חברה

☐ מתלמד/עובד בנסיון

☐ עצמאי

☐ קבלן

☐ עובד קבלן/כ"א

הנפגע הינו תושב: ☐ ישראל ☐ יו"ש/עזה ☐ אחר

ותק במקצוע: _____ שנים _____ חודשים

ותק בתפקיד נוכחי: _____ שנים _____ חודשים

מס' שעות שהנפגע עבד עד התאונה _____

התעסקותו של הנפגע בעת התאונה:

☐ הפעלת מכונה

☐ טלטול חפצים

☐ בניין ותחזוקת מבנים

☐ נהיגה/נסיעה

☐ תיקון/תחזוקת מכונה

☐ לא ביצע שום מטלה

☐ משרד/שירות/מכירה

☐ טיפול בחומרים

סוג התאונה:

☐ נפילה ממקום גבוה

☐ נתפס בין עצמים נעים

☐ מאמץ בעת טיפול בחפץ

☐ נפילה למקום נמוך

☐ מאמץ בעת הרמה

☐ חשיפה לקרינה מייננת

☐ נפילה במישור

☐ מאמץ בעת משיכה

☐ חשיפה לקרינה אחרת

☐ נפילה במדרגות

☐ מאמץ בעת סיבוב

☐ נשיכה / עקיצה

☐ חבטה מעצם שניתק

☐ תנועה מאומצת

☐ חתך

☐ דריכה על חפץ

☐ חשיפה לחום

☐ תאונת דרכים

☐ מגע בחפץ נייד

☐ חשיפה לקור

☐ כוויה מחומר כימי

☐ מגע בחפץ נע

☐ כוויה מעצם חם

☐ כוויה מאש

☐ מגע בחלק מעופף

☐ מגע עם חפץ קר

☐ תקיפה

☐ גוף זר בעין

☐ התחשמלות

☐ פגיעה מחפץ נופל מגובה

☐ נתפס בתוך עצם

☐ שאיפת חומר

☐ אחר / לא ידוע

☐ נתפס בין עצם נע לנייד

☐ מגע חומר מזיק בעין



מדינת ישראל

משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה
פיקוח על העבודה, בריאות בטיחות וגהות בעבודה

תוצאת הפגיעה:

- ☐ העדרות מהעבודה מעל 3 ימים
☐ פגיעה קשה / נכות (ניתן לצרף מסמכים)
☐ אישפוז בבית חולים
☐ מוות

איברים פגועים:

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ גולגולת | ☐ גב/שדרה | ☐ זרוע | ☐ רגל |
| ☐ פנים | ☐ חגורת כתפיים | ☐ מרפק | ☐ ירך |
| ☐ עיניים | ☐ בית החזה | ☐ אמה | ☐ ברך |
| ☐ אזניים | ☐ בטן | ☐ כף יד | ☐ שוק |
| ☐ אף | ☐ איברי המין | ☐ אצבע יד | ☐ כף הרגל |
| ☐ צוואר | ☐ עכוז | ☐ אגן ירכיים | ☐ אצבע רגל |

מהות הפגיעה:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ פגיעות מרובות | ☐ קטיעה | ☐ שבר |
| ☐ כוויה מחומר כימי | ☐ תופעות בעקבות חשיפה לחומר כימי | ☐ בקע מפשעתי |
| ☐ נקיעות אחרות | ☐ נזק פנימי ממאמץ | ☐ פצע פתוח |
| ☐ חתך/שריטה | ☐ מעיכה/מחיצה | ☐ חולשה כללית |
| ☐ נתפס הגב | ☐ דריסה | ☐ כוויה מאש/עצם חם |
| ☐ גוף זר בעין | ☐ מכות וחבורות | ☐ חדירת חפץ לגוף |
| ☐ נזק לאיבר פנימי | ☐ סדק | ☐ לא ידוע / אחר _____ |
| ☐ נקע פרק/שריר | | |



מדינת ישראל
משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה
פיקוח על העבודה, בריאות בטיחות וגהות בעבודה

נפגע מס' 2

שם משפחה _____

שם פרטי _____

מס' ת"ז/ דרכון _____

ת. לידה _____

מין

כתובת: _____

ישוב _____

רחוב _____

מס' בית _____

מס' טלפון _____

מקצועו של הנפגע - פירוט מדויק _____

סוג העסקה:

☐ עובד המפעל/חברה

☐ מתלמד/עובד בנסיון

☐ עצמאי

☐ קבלן

☐ עובד קבלן/כ"א

הנפגע הינו תושב: ☐ ישראל ☐ יו"ש/עזה ☐ אחר

ותק במקצוע: _____ שנים _____ חודשים

ותק בתפקיד נוכחי: _____ שנים _____ חודשים

מס' שעות שהנפגע עבד עד התאונה _____

התעסקותו של הנפגע בעת התאונה:

☐ הפעלת מכונה

☐ טלטול חפצים

☐ בניין ותחזוקת מבנים

☐ נהיגה/נסיעה

☐ תיקון/תחזוקת מכונה

☐ לא ביצע שום מטלה

☐ משרד/שירות/מכירה

☐ טיפול בחומרים

סוג התאונה:

☐ נפילה ממקום גבוה

☐ נתפס בין עצמים נעים

☐ מאמץ בעת טיפול בחפץ

☐ נפילה למקום נמוך

☐ מאמץ בעת הרמה

☐ חשיפה לקרינה מייננת

☐ נפילה במישור

☐ מאמץ בעת משיכה

☐ חשיפה לקרינה אחרת

☐ נפילה במדרגות

☐ מאמץ בעת סיבוב

☐ נשיכה / עקיצה

☐ חבטה מעצם שניתק

☐ תנועה מאומצת

☐ חתך

☐ דריכה על חפץ

☐ חשיפה לחום

☐ תאונת דרכים

☐ מגע בחפץ נייד

☐ חשיפה לקור

☐ כוויה מחומר כימי

☐ מגע בחפץ נע

☐ כוויה מעצם חם

☐ כוויה מאש

☐ מגע בחלק מעופף

☐ מגע עם חפץ קר

☐ תקיפה

☐ גוף זר בעין

☐ התחשמלות

☐ פגיעה מחפץ נופל מגובה

☐ נתפס בתוך עצם

☐ שאיפת חומר

☐ אחר / לא ידוע

☐ נתפס בין עצם נע לנייד

☐ מגע חומר מזיק בעין



מדינת ישראל

משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה
פיקוח על העבודה, בריאות בטיחות וגהות בעבודה

תוצאת הפגיעה:

- | | |
|--|--|
| ☐ העדרות מהעבודה מעל 3 ימים | ☐ אישפוז בבית חולים |
| ☐ פגיעה קשה / נכות (ניתן לצרף מסמכים) | ☐ מוות |

איברים פגועים:

- | | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ גולגולת | ☐ גב/שדרה | ☐ זרוע | ☐ רגל |
| ☐ פנים | ☐ חגורת כתפיים | ☐ מרפק | ☐ ירך |
| ☐ עיניים | ☐ בית החזה | ☐ אמה | ☐ ברך |
| ☐ אזניים | ☐ בטן | ☐ כף יד | ☐ שוק |
| ☐ אף | ☐ איברי המין | ☐ אצבע יד | ☐ כף הרגל |
| ☐ צוואר | ☐ עכוז | ☐ אגן ירכיים | ☐ אצבע רגל |

מהות הפגיעה:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ פגיעות מרובות | ☐ קטיעה | ☐ שבר |
| ☐ כוויה מחומר כימי | ☐ תופעות בעקבות חשיפה לחומר כימי | ☐ בקע מפשעתי |
| ☐ נקיעות אחרות | ☐ נזק פנימי ממאמץ | ☐ פצע פתוח |
| ☐ חתך/שריטה | ☐ מעיכה/מחיצה | ☐ חולשה כללית |
| ☐ נתפס הגב | ☐ דריסה | ☐ כוויה מאש/עצם חם |
| ☐ גוף זר בעין | ☐ מכות וחבורות | ☐ חדירת חפץ לגוף |
| ☐ נזק לאיבר פנימי | ☐ סדק | ☐ לא ידוע / אחר _____ |
| ☐ נקע פרק/שריר | | |



מדינת ישראל

משרד התעשייה, המסחר והתעסוקה
פיקוח על העבודה, בריאות בטיחות וגהות בעבודה

חובת הודעה על תאונה

הודעה זו הינה חובה על פי סעיף 3 של פקודת תאונות ומחלות משלוח יד (הודעה) 1945

1. עפ"י סעיף 3 פקודת תאונות ומחלות משלוח יד (הודעה) 1945, חובה על המעביד לשלוח ככל הניתן, הודעה על תאונה למפקח עבודה אזורי.
2. הודעה, כאמור, תישלח בכל מקרה של תאונת עבודה שגרמה א. למותו של העובד.
ב. לפגיעה בכושר עבודתו הרגיל של הנפגע במשך יותר מ - 3 ימים.
3. מעביד אשר לא ישלח הודעה כמתחייב בחוק, צפוי לקנס כספי גבוה.
4. במקרה של פגיעה קשה בעובד, או אם מת הנפגע, חייב המעביד להודיע על כך מיידית למפקח העבודה האזורי בטלפון, וזאת בנוסף על מילוי טופס הודעה ושליחתו כנדרש.

מילוי טופס ההודעה

1. חובה למלא את כל סעיפי השאלון כפי הנדרש, החלק העוסק בפרטי התאונה ימלא ע"י האחראי הישיר או מנהל העבודה של הנפגע.
2. יש לציין בטופס את מספר הנפגעים בתאונה, ולמלא את הטבלה בעמודים 4-7, עבור כל אחד מהנפגעים בתאונה.
3. לאחר המילוי ניתן להדפיס את הטופס ולהעבירו בפקס למשרדי אגף הפיקוח.
4. טופס זה מיועד למילוי ידני - טופס ממוחשב מופיע באתר משרד התמ"ת.
5. אם נתקלת בקושי במילוי הטופס, בקש את עצתו של מפקח העבודה האזורי.
6. כתובת מפקח העבודה האזוריים:

אזור ירושלים: ת"ד. 146, ירושלים 91001 טל: 02-6667903 פקס: 02-6667971

אזור תל אביב מרכז: ת"ד. 393, תל אביב 66845 טל: 03-5125272 פקס: 03-5125200, 03-6812266

אזור חיפה והצפון: ת"ד. 46047, חיפה 33111 טל: 04-8619327/8 פקס: 04-8665103

אזור באר שבע והדרום: ת"ד. 4521, באר שבע 84140, טל: 08-6264713 פקס: 08-6264717