# 电气设备异常报告范文(10篇)

来源：网络 作者：心旷神怡 更新时间：2025-04-21

*电气设备异常报告范文 第一篇一、事故概况20xx年x月x日，午时13：15分左右，在四方地金水铜冶炼厂风压机房，新建空压机座柱子混泥土浇灌施工，振动器联接电缆线漏电触人事件，受伤人庞发荣吃过中午饭后，准备施工，当他的手触到振动器联接电缆线时...*

**电气设备异常报告范文 第一篇**

一、事故概况

20xx年x月x日，午时13：15分左右，在四方地金水铜冶炼厂风压机房，新建空压机座柱子混泥土浇灌施工，振动器联接电缆线漏电触人事件，受伤人庞发荣吃过中午饭后，准备施工，当他的手触到振动器联接电缆线时，被电当场击倒，此时工地上的施工人员立即将电源开关断开，庞发荣此时倒在地上已经昏迷，然后工人们立即将庞发荣抬到室外地上平躺，观察他的心脉跳动缓慢，立即对他进行人工呼吸，同时又组织车辆将庞发荣赶紧送往医院进行抢救治疗，经过两个小时后清醒，在医院治疗6天后，出院回家休养。

二、事故分析

1、经过6：11电触人事故，此次事故的发生，公司虽对施工队组员工进行过进场的安全生产教育，但缺乏有效的操作规程和安全检查加之庞发荣自我保护意识淡薄是造成本次事故的主要原因。但公司在安全管理自身存在缺陷，公司没有对施工现场配备指定专人和专职电工技术人员加强对施工现场安全生产操作监督和管理。

2、质检安全部没有派出专职安全员到整个施工现场检查、）管理工作，对施工队组人员没有很好的进行安全知识宣传教育，对施工现场的管理，跟班作业不到，落实不到，对

安全生产技术措施以及巡查管理工作不到位；没有理解和传达公司安全生产管理的发展理念，作为质检部门没有认真把“安全发展，预防第一”当首要任何来抓，没有履行好作为一个质检安全员的工作态度及职责才导致事故的发生。

3、项目部：在现场管理技术人员对平时工作细节疏忽大意，对队组员工安全教育不到位，平时跟踪落实工作力度不够，没有认真把平时预见发生的事情，苗头处理在萌发状态，根据施工现场的环境特点，在思想上高度重视施工安全生产管理制度。

4、队组长：作为施工队组长，缺乏安全生产教育，现场管理不到位，监督队组施工人员安全生产意识力度不够，安全意识淡薄，对一线员工安全管理教育落实不到位，联保互保、三不伤害不到位。

三、总结及要求

1、经过此次事故的发生，暴露了管理者在工作中存在着安全生产思想麻痹，安全意识差，要求今后工作中，杜绝此类事件发生。

2、加强各职能部门的安全知识意识，必须加强对施工现场的巡查力度，同时发现安全隐患立即排除。

3、质检部门必须经常组织员工安全教育学习，对施工安全生产操作规程对联保互保自我防范意识要讲深讲透，必须跟踪管理。

4、各个项目负责人必须始终在工作现场认真履行监护职责，当工作点分散，监护有困难时，每个工作点要增设专责监护人。

5、坚持以人为本，开展安全知识教育，尤其是加强工作负责人的安全职责教育，提高员工的安全意识和自我保护意识。

四、事故处理提议：

第一职责，安全质检部门对安全工作监促，落实履行职责不到位，罚杨富600元，刘发扬200元，李兴民200元，周兴红200元。

第二职责：项目部，对施工现场监管不到位罚300元。

报告人：xxx

20xx年xx月xx日

**电气设备异常报告范文 第二篇**

一、事故（故障）前运行方式及负荷情况

1.运行方式：

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

2.负荷情况：

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

二、事故（故障）现象

填写事故发生前后的信号显示、保护装置动作情况、设备动作情况、故障设备外观现象（附各角度照片）、集控站监控机显示信息、变电站后台机采集信息内容。

三、事故处置经过

对事故开始到故障设备隔离改为检修状态的全过程内容进行描述，时间要求精确到分。

四、事故停电范围及损失情况

对事故造成的`停电范围、电量损失及设备损坏情况进行说明。

五、事故后的相关检查和试验

1.保护检查情况：

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

2.设备电气试验情况：

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

六、事故原因分析

根据站内故障录波图图及相关报文信息分析，简要描述

故障现象经过，具体按照以下格式要求叙述：

1.\*\*\*\*保护动作情况分析

根据保护类型及动作行为情况分别描述，可按照1. 2.

3....分项说明。

2.设备损坏原因分析

描述设备厂家、型号、投运日期以及设备运行期间的运行维护、检修试验情况，并根据事故过程现象分析设备损坏的原因。存在其它设备间接损坏的也按照如上要求进行说明。

七、事故暴露出的问题

根据事故涉及到的设备质量、安装工艺、检修维护、运行巡视、反措落实、管理要求落实等方面进行说明。

八、防范及整改措施

为防止事故重复发生所拟采取的整改措施，要求整改措施落实到人，明确整改完成时间及督查落实人，整改措施要结合暴露出的问题，并举一反三，防止类似事故在次发生。

附件:

故障录波及继电保护动作分析、故障录波图、保护动作报文、最近两个周期的设备电气试验报告（充油设备还应提供相关油化试验报告）、损坏设备技术规范书、事故设备照片。

**电气设备异常报告范文 第三篇**

一、事故经过：

20XX年11月22日，捣固机操作工反应，4#捣固机启动不起来，不能行走，电工陈加军上去检查发现是通讯故障，及时联系杨段、魏工、李工上车用电脑在线监测处理更换主PC，主站和8#站通讯插头后正常，本次事故影响时间为2小时。

二、处理办法：

1、更换主PC、主站、模块;

2、更换8#站通讯插头;

3、重新压接8#站通讯

三、发言内容：

陈加军：叙述昨日事故经过，及时处理方法;

陆彦祥：平时巡查不认真，对片区主要设备没有关注，检查其

他通讯插头，避免再次发生;

贾双立：对通讯线再次做镀锡，减少接头接触不良;马勤：机侧出现模块通讯问题，焦侧也要引起重视;

高永亮：用热胶棒对通讯线头进行固定，以免松动，延长使用周期;

王宝：建立实验平台，观察问题，分析问题，总结经验;

王志刚：发现小问题，要从根本解决，以免引发重大事故;叶辉：通讯线比较硬，购买软线或者过渡线，延长使用周期，

对通讯线头镀锡，加强紧固螺丝，缩短维修检查时间\_：紧固螺丝，从上到下没有认真落实，没有注意小的元

器件，责任心不强，望员工加强意识，提高责任心;唐伟：捣固机振动大，根据特殊环境，特别关注，对于每次出

现的事故，建立台账，学习经验教训;

胡锋：包机人，片区责任人巡检不到位，出现故障没有引起重

视，对于不明原因停车要特别关注，利用检修时间检查线路、插头、螺丝，注意每一个点。

杨小明：

1、紧固螺丝，根据特殊环境，缩短检修检查时间;

2、对通讯插头必须镀锡，固定通讯插头;

3、订购“L”型通讯插头，魏工落实联系购买;

4、搭建实验平台，发现问题，寻找原因，提高技术能力，建立事故台账，每月学习，总结经验;

5、提出好的整改措施，运用好的建议，举一反三;

6、出现通讯故障事故次数比较多，但每次现象都不一样，技术员、专工总结经验，提高处理问题速度;

7、故障停机2小时，时间比较长，大家引起重视魏承智：

1、开事故分析会，目的是总结经验教训;

2、出现故障，追究原因，落实责任人;

3、其他片区引起重视，落实整改措施

许主任：

1、提高个人技术能力，处理问题方法;

2、责任胜干能力，加强责任心，责任心尽到，事故会避免

3、出现事故，总结经验，修整好自己的方向，不要在同一地方绊倒两次，其他片区，吸取教训，端正自己态度

四、事故责任：

1、巡检不到位、不认真，对小的点没有重视;

2、平常紧固螺丝，没有认真做，没有及时发现问题;

3、判断问题，处理问题能力加强，提高个人能力。

五、预防措施：

1、加强巡检，细化到每一点，发现问题，及时解决;

2、缩短、维修检查周期，避免事故;

3、购买“L”型插头、软通讯电缆，拿出技改方案;

4、对每一个通讯插头，进行镀锡，避免折断，接触不良;

5、建立事故台账，总结学习经验。

会议时间：20XX年11月22日17点40分到18点40分会议地点：焦炉电仪值班室

会议主持：

出席人员：

**电气设备异常报告范文 第四篇**

时间：20XX年5月17日星期四上午15：00分~16：40分

地点：公司三楼会议室

主持：总经理

参会人员：

一、事故回顾

20XX年5月9日凌晨~1：20，水泥磨原料输送岗位工杨立峰向中控室操作员赵乾江及值班经理宁斌汇报：从熟料库下来的熟料有部分“红料”，入胶带输送机上的熟料温度较高。值班经理宁斌接到汇报后，指挥暂缓进熟料;由于水泥磨配料库中的熟料只能维持生产~2小时，在2：40左右，值班经理宁斌再次通知进熟料，同时要求岗位工加强巡检力度。在进料过程中，岗位工3次向值班经理宁斌汇报熟料中有大量红熟料且温度较高，值班经理宁斌要求岗位工加强巡检频次。在凌晨6：56水泥磨原料输送岗位工左淑琴设备巡检时发现2810输送机冒烟着火，紧急停机后立即向生产部值班经理宁斌汇报，值班经理即刻组织中控和现场巡检工共9人，赶到现场手持灭火器进行灭火处理，10分钟后公司领导、安全环保部组织了共5人赶到场参与灭火，7：35灭火结束，共使用了12瓶干粉灭火器。由于胶带和防雨罩大面积着火，虽然经过奋力抢险，最终还是造成孰料库底输送熟料的胶带输送机(2810)和防雨罩被烧损59m,导致水泥磨生产中断32小时的重大事故。

设备简介：工艺编号：2810;名称：带式输送机;型号：TD75槽型;规格：B800×121700mm;能力：300t/h;倾角：0o;带速：;拉紧装置：垂直拉紧;玻璃钢球防雨罩：92米;耐热胶带：CC-56、800×4(6+)、全长253米。

二、事故损失

此次事故给公司造成直接经济损失共计(材料费、人工费)：35136元，间接经济损失：1009800元。

三、事故分析

此次事故是由于篦冷机出故障，致使出篦冷机的孰料温度较高且伴有红料，再加上孰料库中无熟料，从而造成出篦冷机的红料直接落到2810胶带输送机上。而当班值班经理宁斌在值班期间接到汇报后对此事没有引起高度重视，也没有到现场对实际情况进行确认，错误指挥生产，从而造成此次重大设备事故。

四、事故处理

经公司经理办公会讨论通过，决定对主要责任人宁斌厂内记大过处分。杨立峰、左淑琴、施文、赵乾江四人写出书面总结交公司生产部。

**电气设备异常报告范文 第五篇**

20XX年9月3日下午14：00，公司副总经理111在三楼会议室主持召开专题会议，主要内容是车间4#离心机事故情况分析与认定。参加会议人员有：会议纪要有以下内容：

一、事情经过

20XX年8月29日1：40分左右，DDGS操作人员0发现4#离心机声音异常，随即对讲机通知当班值长0。0永军赶到现场，发现情况确实异于平常，遂要求停机，并切开启3#离心机，操作人员根据值班长要求进行停机操作，然后维修值班人员0得知后到达现场。在此过程中副电机外壳断裂掉到地上(电机4颗固定螺栓无松动)。

二、设备情况描述

该离心机为我公司相关技术人员通过技术谈判交流后，委托0离心机制造有限公司进行设备整体性能恢复。主要目的是充分利用现有闲置离心机设备主要构件(包含闲置引进离心机转鼓和海申离心机的基座和主副电机、电控柜等)，通过小投入方式，降低公司维修费用和固定资产费用支出。离心机分离核心构件(转鼓、螺旋)为20XX年引进alfalava产品。整个设备维修完成后，于20XX年5月份开始在0车间试运行，运行相对较为稳定，振动值一直在国家规定标准内(≤)。

三、设备故障现场情况

设备事故发生后，车间组织相关人员进行拆解和故障原因分析(见车间事故分析)。生产处相关人员全程参与，设备故障现场主要表象为：

1、副电机外壳与地脚支架处断裂，检查电机前后端盖、轴承、定子，未发现其他问题;

2、差速器联轴器输入轴断裂;

3、大盘外侧与差速器连接套管裂开，紧固螺栓扭断(拉伸现象);

4、差速器输出轴花键损坏，输入轴花键轻微损坏;

5、内螺旋无积料现象。

通过检查车间设备维保记录、关键设备点检记录、设备运行记录等原始文件，车间在设备操作、维保，以及设备出现问题后的紧急处置上，没有发现设备管理制度执行不利情况。

四、事故原因分析

在分析会上，1总指示大家放下包袱，畅所欲言，找出此次离心机故障形成的关键原因，举一反三，进一步推动同类设备的维保。生产处、0车间、0车间参会人员，针对设备现场的照片，利用所掌握专业知识，通过推理、演示等方法，充分发表自己意见。分析过程中，意见主要集中在设备最初故障点的发生位置，到底是电机，还是差速器与转鼓连接处是真正的核心故障点，随着分析的一步步深入，意见逐步趋向统一。同时，生产处联系此台离心机生产厂家，厂家安排技术人员到现场一起帮助检查和分析，最后的故障点集中在差速器与转鼓法兰盘连接位置。

五、事故结论

经过充分讨论，本次会议最终认定故障点发生在螺旋大法兰盘与差速器连接处，此处构件存在旧裂纹，裂纹不断扩展，承受载荷能力降低，到达临界点后，产生断裂。由于离心机转鼓转速高达3000rpm，停机存在一定过程(约30min)，造成设备二次损坏，二次损坏主要内容集中在电机、差速器、大小法兰盘、轴承座等部位。

六、责任认定

此次设备事故具有突发性和偶然性，公司使用离心机，此类设备故障就此一例。但是作为固定资产直接使用和管理部门，0车间在设备管理、维保过程中，在设备技术能力、使用经验和对设备突发情况预判性方面还存在一些不足，负有管理责任。

七、预防措施与处理建议

1、车间总结此次设备事故，形成学习培训材料，对相关岗位员工进行进一步培训。

2、生产处、车间加强对离心机等类关键设备管控工作，积极与专业生产厂家进行技术沟通，及时掌握设备新技术并适时应用。

3、处理建议：

对0车间主任0进行通报批评;

对0车间设备主任0进行通报批评并扣罚当月度部分绩效奖金。

**电气设备异常报告范文 第六篇**

设备故障事故的分析报告

1、设备故障事故经过

事故前吉林热电厂运行方式，1—11号机、1、2、4—15号炉运行，3号炉备用。其中，1—9号炉和1—7号机为母管制，10、11、14、15号炉分别对应8、9、10、11号机为单元制。全厂蒸发量3970吨，发电量837MW。

1月10日，按定期工作规定电气运行与检修人员配合进行厂用6kV和0。38kV系统工、备电源联动试验（电气主接线一次系统见附图1）。上午9时40分，进行到0。38kV除尘2段母线工、备电源联动试验时，发现2号除尘变高压侧开关跳闸后低压侧开关不联跳。10时30分运行人员将2号除尘变停电，0。38kV除尘2段母线倒由备用电源运行（6kV和0。38kV系统见附图2），由检修人员检查2号除尘变低压侧开关不联跳的原因，试验暂停。11时50分，2号除尘变低压侧开关不联动缺陷处理结束，决定下午继续进行试验。

12时38分，值长电话通知11号机副单元长，主盘电缆中间头测温装置报警：“除尘2段备用电源电缆（380伏低压电缆）温度高59℃，地点在除尘2段配电室下”（此电缆中间头为1987年火电原始安装，电缆型号为VLV22—3×185+1×95，4根并联，可载流266×4=1064A。增设电缆中间头测温装置）。当时0。38kV除尘2段母线负荷电流988A。副单元长通知电气检修人员后去现场进行检查。

12时50分将2号除尘变压器投入运行，除尘2段备用电源开关（低压）断开。之后10号机电气值班员去现场检查除尘2段备用电源电缆中间头。当打开电缆沟井盖时，有大量烟雾，无法进入沟内，立即通知有关人员。13时00分，值长再次告知11号机单控室值班员：“除尘2段备用电源电缆（380伏低压，此时本电缆已与除尘2段断开无电流）温度高79℃”。11号机单控室值班员电话告知10号机单控室值班员，13时28分，2号除尘变压器跳闸，速断和高压侧接地保护动作，13时55分，将除尘1、2段母线工、备电源停电。

14时25分，14号炉1、2号引风机跳闸，14号炉灭火保护动作。汇报省调，10号发电机组解列停机，6kV14A、B段母线停电，8号、9号循环水泵失电。

14时25分，6kV15A段母线工作电源开关跳闸，速断、接地保护动作，备用电源开关联动后跳闸，分支过流保护动作，6kV15A段母线失压。同时10号循环水泵跳闸、15号炉1、2排粉机、1号送风机跳闸，15号炉灭火保护动作。由于8—11号循环水泵跳闸，循环水中断，汇报省调，11号发电机解列停机。

2、设备故障事故处理情况：

13时40分，按照“紧急事故应急预案”要求，有关部门人员陆续到达现场，迅速调集人员、物资。13时46分消防队赶到现场，与在场的厂领导及有关部门分析确定灭火方案。13时55分，除尘1、2段母线工备电源停电。为防止火势蔓延影响其它机组运行，决定对除尘2段电缆沟进行隔离，分别对相连通的5个电缆竖井进行封堵，同时组织人员分段检查灭火。15时30分，电缆沟火势得到控制，16时20分，余火被彻底扑灭。

3、设备故障事故原因分析

事后调阅2号除尘变、3号厂用备用变等电气设备运行参数历史曲线，分析造成电缆着火的直接原因是：除尘2段低压备用电源有4棵电缆，其中一棵有中间接头，由于温度升高，造成中间接头本身绝缘损坏起火，引燃附近电缆。

A、0。38kV除尘2段备用电源电缆中间接头发生放电短路，按目前3号厂用备用变继电保护配置，没有达到动作条件跳开3号厂用备用变高压侧开关，是导致中间接头绝缘损坏着火的`主要原因之一。

B、运行值班员当得知除尘2段备用电源电缆中间头温度高报警后，处理不果断。虽然切换至工作电源运行，但是对电缆发热点充电可能进一步引起电缆损坏的后果估计不足，而没有及时断开3号厂用备用变高压侧开关，是导致备用分支电缆放电损坏的另一个主要原因。

C、从安全管理上分析，没有严格按照29项反措要求增加对电缆沟防火设施的投入，电缆沟防火门不规范，过火电缆沟内没有灭火设施以及起火报警装置；着火时不能有效地隔离火源，是引起火势蔓延扩大的主要原因。

D、班组检查工作不实、不细，过于依赖电缆中间头测温装置。

4、设备故障事故暴露问题

（1）消防管理方面，对电缆着火重点反措执行以及监督检查不实、不细，消防设施不完善，防火应急预案可操作性不强，职责不清，培训、演练工作不到位。

（2）设备管理方面有漏洞，没有认真吸取系统内电缆着火的事故教训，防火防爆专项检查不实，电缆沟防火措施整改落实不到位，防范措施缺乏针对性，没有做到有布置、有检查的安全工作闭环管理。

（3）安全管理方面，落实29项反措和安全性评价不够认真细致，检查不力。对危险点的预防没有引起足够重视，危险点缺少必要的控制措施，安全管理上存在盲区和死角，缺乏工作的主动性和具体专业指导。

（4）设备重点部位预防性工作缺乏必要的方法，手段单一，过分依赖电缆测温报警装置。定期巡视检查不认真，设备责任制没能真正落实，存在漏洞。对电缆设备重视不够，电缆专责人员配备薄弱，疏于管理。

5、预防事故重复发生的防范措施

（1）举一反三，吸取教训，全面抓好安全生产管理，按照29项反措的要求，进一步完善有关管理制度，规范电缆的敷设层次，适当分段并设置层间耐火隔板和阻燃槽盒，涂刷防火涂料。

（2）抓普查，加强电缆的运行、检修维护管理，对电缆沟及夹层等进行一次全面检查，不符合29项反措要求的限期整改。

（3）进一步完善电缆沟分段防火隔离措施，更换防火能力不强的防火门。

（4）进一步升级完善现有电缆中间头测温装置，使其功能更加科学合理。完善有关规程和管理制度，并认真执行。

（5）有计划地增加电缆沟自动报警灭火装置。

（6）对全厂0。38kV电缆进行普查，逐步取消0。38kv回路的电缆中间头。

（7）加强对继电保护装置的校验维护工作，重新核定厂用变保护配置方案。完善送、吸风机跳闸低速联高速功能。

（8）进一步修订细化防火方面的紧急事故应急预案，使其更有可操作性，添加电缆沟走向分布图，同时标出电缆走向分布，通过培训、演练，达到准确掌握。

**电气设备异常报告范文 第七篇**

一、标题： 事故（故障）分析报告

二、事故（故障）时间、地点、经过描述

时间写明年月日及钟点；

地点写明发生事故（故障）的车间、设备安装地点、岗位编号及设备名称、型号、规格；

经过写明当班操作人员姓名，交接及交接班本记录情况，班中设备点检及点检卡记录情况，操作人员设备操作情况，发现设备事故（故障）经过，事故（故障）处理步骤，事故（故障）汇报及抢修情况。

三、事故（故障）损失计算

1、直接经济损失：事故（故障）造成设备零部件损坏及修复费用总计。

2、间接经济损失：事故（故障）造成生产线停产的减产损失。

四、事故（故障）原因分析

1、当班操作人员是否按设备操作规程、安全规程进行操作；是否按点检卡要求进行设备点检；是否按设备维护保养规程进行设备维护保养；是否按润滑制度要求进行设备润滑检查加油。

预览：

2、维修人员是否按设备检修规程进行设备维修。

3、各级管理人员是否完善落实了各项设备管理制度，布置的工作是否进行了检查落实。

4、事故（故障）原因分类：

（1）使用操作不当；

（2）维护不周；

（3）设备失修；

（4）安装、检修质量不佳；

（5）材料、备品配件质量不良；

（6）设计制造不合理；

（7）自然灾害；

（8）人为破坏性事故；

（9）其它原因。

五、事故（故障）定性分析

1、是否是责任事故（故障）。

2、重大事故或一般事故（故障）。

六、事故（故障）责任人的处理意见

按设备事故（故障）管理规定对事故（故障）相关责任人进行行政处分及经济处罚。

七、防范措施

1、提出防止类似事故（故障）发生的技术改进措施。

2、提出防止类似事故（故障）发生采取的管理措施。

**电气设备异常报告范文 第八篇**

我们常说“人多是非就多”，现在是车多车祸就多，究其原因，还是因为很多人不遵守交通规则，总是抱着侥幸的心理。在发生车祸的时候，为了弄清楚车祸的前因后果，我们都是要进行调查的。本文将分享一篇车辆事故分析调查报告，供大家学习，希望对大家能有所启发！

20xx年8月29日，对XXX与XXX摩托车相撞事故做出以下调查，具体包括现场勘察、人员走访等方式对相关事宜进行调查了解，现将调查情况汇报如下：

一、事故概况

1、事故发生地点：生产6厂铲叉车班前十字路口。

2、事故发生时间：20xx年8月29日下午14：53左右。

3、事故损失：经医院检查证明，造成一名员工xxx左肩骨错位；左小腿大骨骨断。

4、事故双方；XXX，男，1983年出生，上溪发宁人，职工；XXX，男，送水员，外公司员工。

二、事故发生经过简述

据事故双方讲述，20xx年8月29日下午14：53分左右，XXX正在去旧炉打卡上班（自南向北行驶），当时车速大约30公里/小时（数据由当事人提供）。外单位送水员XXX（由西向东）行驶，车速大约40公里/小时（数据由当事人提供）。两者在环保分厂与6厂铲、叉车班旁之间的十字路口处发生碰撞。

事故发生后，（约14点56分），能源分厂生产管理员XXX上班经过看见到XXX坐在路边，了解情况后，经双方同意用摩托车送到农场医院就医。本人XXX收到通知后，立刻赶到医院，同时电话报告企管与品控中心XXX经理。在医院时，与双方了解事故发生情况。之后，由于发生事故现场已移动，只能采取各证人讲述。

三、事故原因分析

20xx年8月29日，根据双方当事人描述：

XXX口述：当时车速30公里，突然有一辆摩托车撞到左边，立刻翻车，当时出现头晕头痛，清醒时坐在路边，由XXX送去医院。

XXX笔录：14：53分，由万吨酒精开往饭堂门卫，当时车速大概30~40公里/小时，在路口被来车转弯撞到前轮部分，当时已刹车，但立刻摔倒，对方大概30到40时速/小时。

以下为20xx年8月29日现场调查取证情况：

1、由于双方车辆已搬移，路上车胎痕较多，事故现场已无法判断相撞情况。

2、对两辆车辆伤损做出描述：

XXX车辆为踏板燃油助力车，该车左面伤痕较多，左后镜脱落，左转向灯损毁，踏板、车身不同程度裂痕，前轮与前轮沙盖完整，整车右边无明显伤痕。

XXX为男装摩托车，该车前轮轮毂支撑柱与轮毂钢圈不同程度爆裂，右边有擦伤痕迹，其余无明显伤痕，后视镜完整。

3、由于事发突然，各证人并不注意到发生事故具体细节。附各证人现场事故经过。

以上是20xx年8月29日，XXX与XXX摩托车相撞事故经过。

**电气设备异常报告范文 第九篇**

各类事故发生后，我们总是在反思，总是在思索下次如何才能避免这种事故的发生，从每一齐事故的发生我们能够看出，事故之所以发生，它与违章作业、职责不到位、从业人员安全意识不高、现场管理有漏洞都有直接关系；我们要做的就是要理解教训，把心里的压力转变成我们工作执行的压力，将压力有效地传递下去。

首先要将“安全就是命”的根本理念贯穿与我们每位员工的心理，还要真正将我们大集团的‘从零开始向零奋斗’安全文化理念渗透到每一名员工的思想、意识、操控、行为；真正做到本质安全，不能麻痹大意凭侥幸，二是要提高我们每名施工用电维护人员的安全认知潜力，认识到安全工作一票否决、否决一切的极端重要性，打击不安全的行为。三是必须要做好各种隐患的排查，防患于未然。要把无事当有事，无中找有，小题大做。排查隐患很重要的是要细致，不但要查设备运行的不安全状态也要排查思想上的麻痹大意。四是必须要抓好本质安全和本质质量要求的落实。一手抓规程约束，严格执行各项规程规定，在平常工作中要干标准活，高标准干活，规范操作，不糊弄自我、不糊弄别人。日常工作要对照检查一下自我的工作，哪些还没有标准，先把标准明确了，再按照标注去做，就是规范。我们要追求的就是凡事有标准，凡事按标准去做，这是一个长期的、动态的、习惯纠正的过程。五是要抓好关键人物。首先是我们的班组长。班组长与现场工作结合最紧密，班组长履职潜力很大程度就是一个单位履职程度的体现，抓好了班组长这一层面就抓住了现场、抓住了管理、抓住了规范。再就是我们的新工人、老工人和骨干员工。员工安全意识和安全

操作技能低，存在冒险主义；老工人凭着老经验、\*\*\*惯违章作业根深蒂固。

总之，安全就是命，我们要将‘从零开始向零奋斗’安全文化理念渗透作用于每一名员工，抓安全是为了自我，是为了自我家庭幸福，明白为什么要这么做，怎样做才是安全的，促使员工发自内心地提升自我保护意识。我们要学习事故，也要把兄弟单位的事故当作自我的教训，变成我们的日常教材，做到警钟常鸣，警示高悬，做好我们的日常工作。

报告人：xxx

20xx年xx月xx日

**电气设备异常报告范文 第十篇**

医疗纠纷发生原因分析通过对深圳市某医院20xx年6月到20xx年6月3年间的87例医患纠纷案例进行逐一的分析，然后提炼出引起纠纷发生的共性原因，归纳为六个方面：

（1）业务水平不足。主要包括技术水平或经验欠缺、漏诊或误诊、适应症或治疗考虑不当、用药不当、低级失误等。

（2）诊疗效果不佳。包括手术或治疗效果差、治死、残废、延长住院时间、增加痛苦等。

（3）管理环节疏漏。包括沟通告知不完善、设备或器械故障等。

（4）职业道德缺失。包括工作不认真、责任心不强、违反医疗相关制度规范、对病人不负责、态度生硬等。

（5）并发症和医疗意外。包括病情突变、输血输液反应、药物不良反应、过敏反应、院内感染、麻醉意外等。

（6）治疗或抢救不及时。包括未及时安排治疗、病情变化未及时发现、延误最佳抢救时机等。

医疗纠纷的发生特点

此次调查结果显示：在87例医疗纠纷案例中，外科的医疗纠纷发生数和发生率都远高于其他科室。在其下辖科室中又以骨科、耳鼻喉―头颈外科、肝胆外科、泌尿外科发生纠纷较多，且绝大多数与手术有关。由此可见，手术操作的不确定性、即风险性仍是医疗纠纷的主要矛盾。

外科作为一级学科，其下辖科室多，病种多，急症多、术后感染多、病情复杂。外科的治疗效果往往较为直观，患者对诊疗效果的过高期望，以及医患双方沟通不力等一些繁杂因素，导致了外科的医疗纠纷发生率居高不下。

妇产科一直是医疗纠纷的高发科室，妇产科尤其是产科的医疗纠纷与其他科室的医疗纠纷有很大的不同，一是产妇的医疗和处理都涉及到胎儿安全，甚至关系到胎儿的生命，责任重大。二是到医院生小孩是一个高兴的事，一旦出现意外，本人和家属的情绪波动大，不容易调解。患者及家属怀着焦急和期盼的心情来到医院，就是希望治好病，解除痛苦，希望医生技术高超，医到病除。

由于妊娠分娩的特殊性、复杂性和现代医学的局限性，妊娠分娩仍然存在许多风险，如母胎并发症和不良妊娠结局的可能性，甚至危及母婴的生命安全。

一些无法在产前检出的疾病，一旦在新生儿身上被发现，容易导致纠纷。妇产科的护理工作涉及孕产妇和婴儿，对医疗护理服务的需求较高，难以满足。当医疗结局与患者的期望出现差距时，往往导致医疗纠纷的发生。

此次调查结果显示数量排在后面的内科，赔付金额是排前列。在其下辖科室中又以心内科发生纠纷最多。内科医疗纠纷反映在诊断上的特点是初诊时容易误诊漏诊，或者住院期间猝死。内科诊断多以物理检查或非介入性检查为主，诊断思路有一定难度，因此漏诊误诊容易发生。如果发现或纠正不及时，常常酿成重大纠纷。内科纠纷也常发生在对治疗认识上的分歧。多发生在急危重病员和疑难复杂病员治疗过程中，与及出现危重情况后的医患沟通、处Z缺乏技巧。

医疗纠纷的影响因素

在案例分析的过程中，我们将医疗纠纷产生的原因归纳为业务水平不足、诊疗效果不佳、管理环节疏漏、职业道德缺失、并发症和医疗意外、治疗或抢救不及时这六个方面。事实上，产生医疗纠纷的原因纷繁复杂，不仅有院方的管理和技术因素，也有社会、经济、文化、法律与患方的因素。因此，我们按照原因的产生源头将其取二大类进行讨论。

一、医疗纠纷与患方因素患方法律意识的增强。随着人们的文化水平的提高，患者的法律意识也有了空前的提高，在就医过程当中，医务人员不恰当的一句话或不规范的一个操作都能使患者或家属看作是一个对其权利的侵犯，而引起医疗纠纷。

患方对医疗知识认知不足。医疗行业的专业性较强，使得医患双方的知识不对等。医学科学有诸多的未知性，很多的医疗行为具有不可避免的侵袭性。在这种情况下，由于患方缺乏对医疗行业的了解，也会引发医疗纠纷。如患方对疾病本身可能产生的合并症、后遗症，对手术或操作可能出现的并发症，对某些不良后果，以及对医疗过程中可能会发生的医疗意外等不理解，认为上述不良后果的发生是医务人员的过错造成，要求医疗机构承担责任。而对于有些疾病，以现有医学水平，医务人员尽最大努力也无法完全治愈。如果患方对医疗结果期望值过高，就会对结果产生极大的失望，不能接受现实，从而与医疗机构或医务人员产生纠纷。

二、医疗纠纷与院方因素从医院内部来看，导致医疗纠纷的原因有业务水平不足、并发症和医疗意外、职业道德缺失、治疗或抢救不及时、诊疗效果不佳、管理环节疏漏等。

帕累托图分析的结果显示：在这些原因中，业务水平不足、并发症和医疗意外、职业道德缺失是导致医疗纠纷的主要原因。

（一）业务水平不足医务人员是医疗服务的直接提供者，医务人员水平的高低直接影响到医疗服务的质量和病人的安危。

医疗纠纷案例原因分析显示：有28例医疗纠纷是因为业务水平不足所致，占所有原因的，在医疗纠纷原因顺位中位居第一。医务人员业务水平不足主要体现在：临床经验不足，对某些疾病诊断、鉴别认识不清，未能及时会诊或适应症考虑不当；对疑难病症治疗手段和特殊检查、特殊治疗的复杂性、风险性认识不够，缺乏操作经验，不能有效地防范和减少并发症；缺乏药理知识，用药不当，药物用法用量不准确，未能采取防范药物副作用的有效措施；不能正确理解或简单照搬检查报告结果，不结合临床实际情况，造成漏诊误诊。

（二）并发症与医疗意外并发症是医疗损害赔偿纠纷中常见的损害后果之一，对此应当高度重视。

医疗纠纷案例原因分析显示：有16例医疗纠纷是因为并发症与医疗意外所致，占所有原因的，在医疗纠纷原因顺位中位居第二。并发症是指在某一种疾病的治疗过程中，发生了与这种疾病治疗行为有关的另一种或几种疾病。

并发症包括可以避免的并发症和不可避免的并发症，作这样的区分在法律上是有很大意义的。如果医务人员已经尽到了注意义务仍无法避免并发症的发生，则在主观上不存在过错，医院不需要承担赔偿责任。如果医务人员未尽到注意义务，导致本可以避免的并发症出现，其在主观上存在过错，并且和患者的损害后果存在因果关系，则医院需要承担相应的赔偿责任。患者到医院就诊希望得到良好的医治，

但现代医学水平尚未达到人们预期的目标，在治疗过程中有许多不尽人意的地方，治疗后常常产生一些难以避免的并发症和后遗症，但病人及家属不理解，认为是医院的过错，花钱来医院治病就应当治好。尽管在治疗之前医师会向患者及其家属告之可能发生的并发症，在手术同意书上认定签字，履行了告知义务，但有的患者出现并发症后仍然找医院麻烦，要求继续免费治疗或到要医院作经济赔偿。

本DOCX文档由 www.zciku.com/中词库网 生成，海量范文文档任你选，，为你的工作锦上添花,祝你一臂之力！