

A1 General Event & Near Miss Form

SAR-012-100-4-017 Issue 3 Date: 26 March 2025

HAS THIS EVENT BEEN REPORTED TO THE TRAIN CONTROLLER?

هل تم إبلاغ المتحكم بالقطار بهذا الحدث

Y / N

لا / نعم

This A1 form must be completed and submitted to HSE within 48 hours of the event / near miss taking place.

يجب إكمال تعبئة نموذج A1 وتقديمه إلى إدارة الصحة والسلامة البيئية خلال 48 ساعة من وقوع الحدث/الحدث الذي كان على وشك الوقوع

Type of event نوع الحدث

Station Incident حدث محطة	<input type="checkbox"/>
Lineside neighbour / 3rd Party Incident جار على جانب الخط \ حادث طرف ثالث	<input type="checkbox"/>
Speeding سرعة	<input type="checkbox"/>
Rolling stock متحركات	<input type="checkbox"/>
SPAD/Movement Authority Exceedance تجاوز إشارة الخطر قف \ تجاوز صلاحية الحركة	<input type="checkbox"/>
Safe System of Work نظام عمل آمن	<input type="checkbox"/>
Level Crossing تقاطع	<input type="checkbox"/>

Collision تصادم	<input type="checkbox"/>
Derailment جنوح	<input type="checkbox"/>
Depot / Yard / Siding Irregularity خلل في تخزين \ ساحة \ ورشة	<input type="checkbox"/>
Platform Train Interface (PTI) events أحداث القطار بالمحطة	<input type="checkbox"/>
Trespass تعدي	<input type="checkbox"/>
Weather طقس	<input type="checkbox"/>
Infrastructure البنية التحتية	<input type="checkbox"/>

Other(describe) (صف) أخرى

Event date تاريخ الحدث

Event time وقت الحدث

Event location موقع الحدث

Location Manager مدير الموقع

Department الإدارة

About the location (tick, circle or highlight) (ضع دائرة علامة أو ظلل)

Location
Station – outdoors محطة – بالخارج
Station – indoors محطة – بالداخل
Trackside بجانب الخط
Depot or siding ورشة أو تخزين
On board train على متن القطار
Other أخرى

Detail
On train على القطار
Platform Train Interface مكتب محطة
Platform رصيف
Ramp/path منحدر / مسار
Stairs/steps درج \ سلم
Concourse/indoors صالة أو قاعة داخلية
Car park/forecourt موقف سيارة / فناء
Office مكتب
Workshop/shed ورشة
Walking route طريق مشي
Yard/siding ساحة \ تخزين
Inspection pit حجرة تفتيش

Environment
Daylight ضوء النهار
Dark, no artificial light مظلم, لا يوجد إضاءة
Artificial light – adequate يوجد إضاءة قوية - كافية
Artificial light – inadequate يوجد إضاءة – ضعيفة أو غير كافية
Handlamp إضاءة يدوية
Other أخرى

Weather Conditions (tick, circle or highlight) (ضع دائرة علامة أو ظلل)

Weather	Visibility
Rain مطر	Normal/clear واضحة \ طبيعية
Wind رياح	Reduced (500m and above) منخفضة (500 متر وأكثر)
Snow ثلج	Significantly reduced (499m and below) منخفضة بشكل كبير (499 متر وأقل)
Fog ضباب	Estimated distance of visibility المسافة التقديرية للرؤية

About the person primarily involved in the event (tick, circle or highlight)

معلومات عن الشخص المشارك بشكل رئيسي في الحدث (ضع دائرة , علامة أو ظلل)

Person type	SAR employee موظف سار
	Contractor مقاول
	Passenger راكب
	Public (not a passenger) مواطن (ليس راكب)
	Other أخرى

Name الاسم	
Job Title المسمى الوظيفي	
Home location الموقع المنزل	
Line manager المدير المباشر	
SAR ID number الرقم الوظيفي لموظف سار	
Contact Number رقم التواصل	

A1 General Event & Near Miss Form

SAR-012-100-4-017

Issue 3

Date: 26 March 2025



About the train (if applicable) (معلومات عن القطار (إن وجدت))

tick or circle

Passenger in service قطار ركاب الخدمة	Train ID رقم القطار		Driver's name إسم القائد	
Passenger not in service قطار ركاب خارج الخدمة				
Freight loaded قطار بضائع محمل	Time الوقت		Driver's depot قائد الورشة	
Freight empty قطار بضائع فارغ				
Dangerous goods مواد خطرة	From من		Pilot / Train Captain's name اسم مساعد القائد \ قبطان القطار	
Locomotive only قاطرات فقط				
OTM/RRV \ مركبات الخط معدات على الخط الحديدي	To إلى		Pilot / Train Captain's depot اسم مساعد القطار \ اسم مشغل المحطة	
Special Train قطار خاص				

Train number(s)
رقم القطار

Vehicle /Wagon number(s)
أرقام العربات \ القاطرات

Other staff name
أسماء موظفين آخرين

Other staff depot
أسماء موظفين آخرين يعملون بالورشة

About you, the person completing this form (if you are not the person named above)

معلومات حول الشخص الذي أكمل هذا النموذج (إذا لم يكن نفس الشخص المذكور أعلاه)

Name
الإسم

Job Title
المسمى الوظيفي

Date this report completed
تاريخ الإنتهاء من تعبئة التقرير

Location
الموقع

Contact number/via
رقم التواصل \ عبر

Time report completed
وقت إكمال التقرير

OCC Log (where practicable) (سجل أحداث مركز التشغيل والتحكم (متى كان ذلك ممكناً))

A1 General Event & Near Miss Form

SAR-012-100-4-017 Issue 3 Date: 26 March 2025

Description of event وصف الحدث

Describe what happened in as much detail as you can remember. Concentrate on the event itself and the circumstances leading up to it, not how it was managed afterward unless this was relevant. Use pictures, copies of social media, or maps if they are relevant as it helps understand the event and/or the location.

صف ما حدث بذكر أكبر قدر ممكن من التفاصيل التي يمكن تذكرها. حاول التركيز على الحدث نفسه والظروف التي أدت لحدوثه، وليس طريقة إدارة الحدث من قبلكم ما لم يكن ذلك مناسباً. استخدم الصور أو نسخ من الوسائط الاجتماعية أو الخرائط إذا كانت ذات صلة حيث سوف تساعد في فهم الحدث و / أو الموقع

For persons involved in incidents please describe what you saw, heard, felt, witnessed, etc. Please also detail any equipment positions, indications, sounds, alarms, etc. For persons completing this on behalf of someone else please provide the same information as best you can. بالنسبة للأشخاص المشاركين في الأحداث، يرجى وصف ما رأيته، أو سمعته، أو شعرت به، أو شاهدته، إلخ. ويرجى أيضاً تقديم تفاصيل. عن مواقع المعدات، والمؤثرات، والأصوات، والإنذارات، إلخ. بالنسبة للأشخاص الذين يكملون هذا التقرير نيابة عن شخص آخر، يرجى تقديم نفس المعلومات المطلوبة على قدر الاستطاعة.

If a Safety Inspector is at your location have you notified them of the incident? إذا مفتش السلامة متواجد في موقعك، هل تم إبلاغه بهذا الحدث؟
Y / N / Not Applicable نعم \ لا غير قابل للتطبيق

Date and time advised التاريخ والوقت الذي تم فيه إشعار مفتش السلامة بالحدث

This section should be completed by a suitable department supervisor/manager when completing the form

يجب إكمال هذا القسم من قبل المشرف / المدير المناسب عند ملء النموذج

Actions already undertaken

الإجراءات التي تم اتخاذها بالفعل

Describe any actions that have already been undertaken to address the causes of the incident. These actions must be approved by the department Supervisor or Manager. The approving department supervisor/manager name should be included in the details. Evidence of any actions already undertaken must be submitted with the completion of this form and will be reviewed at the DCP categorisation meeting.

قم بوصف أي إجراءات تم اتخاذها بالفعل لمعالجة أسباب الحادث. ويجب أن تتم الموافقة على هذه الإجراءات من قبل مشرف أو مدير الإدارة. يجب أن يتم تضمين اسم مشرف / مدير الإدارة المعتمد في التفاصيل. يجب تقديم الأدلة على أي إجراءات تم اتخاذها بالفعل مع استكمال تعبئة هذا النموذج وستتم مراجعتها في اجتماع تصنيف الأشخاص المختصين المعنيين.

NOTE: The DCP categorisation meeting reviews incident categories and the requirement for further local and formal investigations, as well as the suitability of report outputs and local actions/recommendations. The provision of suitable information and evidence may result in the requirement for no further investigation.

ملاحظة: يتم اجتماع تصنيف الأشخاص المختصين المعنيين بمراجعة فئات الأحداث ومتطلبات إجراء المزيد من التحقيقات المحلية والرسمية، بالإضافة إلى مدى ملاءمة مخرجات التقرير والإجراءات/التوصيات المحلية. قد يؤدي تقديم المعلومات والأدلة المناسبة إلى ضرورة عدم إجراء مزيد من التحقيق.

ACTION الإجراءات	WHO BY (Person /Department) من المسؤول (شخص \ إدارة)	DATE to be completed تاريخ الإنجاز

Actions proposed

Describe any actions that are proposed to address the risk. Any proposed action must be detailed with the lead person to deliver the action and proposed timescales.

This form and any actions proposed will be reviewed at the DCP categorisation meeting.

NOTE: The DCP categorisation meeting reviews incident categories and the requirement for further local and formal investigations, as well as the suitability of report outputs and local actions/recommendations. The provision of suitable information and evidence may result in the requirement for no further investigation.

الإجراءات المقترحة

قم بوصف أي إجراءات مقترحة لمعالجة الخطر. يجب أن يتم تفصيل أي إجراء مقترح مع الشخص القيادي لتنفيذ الإجراء والجدول الزمني المقترحة. ستتم مراجعة هذا النموذج وأي إجراءات مقترحة في اجتماع تصنيف الأشخاص المختصين المعنيين.

ملاحظة: يراجع اجتماع تصنيف الأشخاص المختصين المعنيين فئات الحوادث ومتطلبات إجراء المزيد من التحقيقات المحلية والرسمية، بالإضافة إلى مدى ملاءمة مخرجات التقرير والإجراءات/التوصيات المحلية. قد يؤدي تقديم المعلومات والأدلة المناسبة إلى ضرورة عدم إجراء مزيد من التحقيق.

ACTION الإجراءات	WHO BY (Person /Department) من المسؤول (شخص \ إدارة)	DATE to be completed تاريخ الإنجاز

Supervisor/Manager name: اسم المشرف \ المدير	Date and time التاريخ والوقت
Signature: التوقيع	

On completion, please scan and email this form to the Health and Safety team:

Safety - Investigation-Unit@sar.com.sa and inform your line manager/ supervisor/team leader.

عند الانتهاء من تعبئة النموذج، يرجى مسح هذا النموذج ضوئياً وإرساله بالبريد الإلكتروني إلى فريق الصحة والسلامة:

السلامة - Investigation-Unit@sar.com.sa وإبلاغ مديرك المباشر / المشرف / قائد الفريق.