



INFORMATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL AUPRES DU CHSCT

Cellule
Prévention des
risques
professionnels

COLLECTIVITE/ETABLISSEMENT

Collectivité/établissement :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Effectif :

Personne à contacter : Tel : Courriel :

RENSEIGNEMENTS SUR LA VICTIME

Métier : Service :

Horaires de l'agent : Matin : Après-midi :

L'agent est-il employé dans une autre collectivité ? OUI NON

Si oui, laquelle :

RENSEIGNEMENTS SUR L'ACCIDENT

Accident de service/travail Accident de trajet Presqu'Accident (sans lésion)

Avec arrêt de travail : Du .../.../... au .../.../... soit ... jours Sans arrêt de travail

Date de l'accident/incident : .../.../...

Heure de l'accident Horaires habituels : OUI NON

Lieu de l'accident : Lieu de travail habituel : OUI NON

DESCRIPTION DE L'ACCIDENT

Soyez le plus précis possible (nature des faits, activité, lieu, témoin(s)...)

SIEGE DES LESIONS

(Indiquer sur le schéma avec une croix et possibilité de cocher plusieurs cases)

MEMBRES SUPÉRIEURS :

- épaule
- bras
- coude
- avant-bras
- poignet

TRONC (HORS COLONNE VERTÉBRALE):

- thorax
- abdomen
- bassin
- organes génitaux

MEMBRES INFÉRIEURS :

- hanche
- cuisse
- genou
- jambe
- cheville, coup de pied

Côté de la (des) blessures(s) :

droite gauche

TÊTE :

- cou (sauf vertèbres cervicales)
- crâne
- face (sauf nez et bouche)
- nez
- bouche
- oreille
- yeux

MAIN :

- paume et dos
- pouce
- index
- médium
- annulaire
- auriculaire
- Plusieurs doigts

Précisez la phalange touchée (1^{er}, 2, 3) :

COLONNE VERTÉBRALE :

- cervicale
- dorsale
- lombaire
- sacrum
- coccyx

PIED :

- plante et dessus
- talon
- gros orteil
- autres orteils

Nature des lésions
<input type="checkbox"/> Ecrasement, amputation
<input type="checkbox"/> Plaie, piqûre, morsure
<input type="checkbox"/> Fracture
<input type="checkbox"/> Hernie, lumbago
<input type="checkbox"/> Malaise, perte de connaissance
<input type="checkbox"/> Contusion, hématome, traumatisme
<input type="checkbox"/> Déchirure, douleur musculaire
<input type="checkbox"/> Lésion nerveuse
<input type="checkbox"/> Brûlure, gelure, électrisation, électrocution
<input type="checkbox"/> Intoxication, asphyxie, noyade
<input type="checkbox"/> Entorse, luxation
<input type="checkbox"/> Inflammation, dermite
<input type="checkbox"/> Blessure Interne
<input type="checkbox"/> Corps étrangers
<input type="checkbox"/> Agression verbale
<input type="checkbox"/> Agression physique
<input type="checkbox"/> Atteintes sensorielles
<input type="checkbox"/> Lésions multiples
<input type="checkbox"/> Autres (Préciser) :

Éléments matériels
<input type="checkbox"/> Chute de plain-pied
<input type="checkbox"/> Chute de hauteur
<input type="checkbox"/> Objets, masses, particules en mouvement
<input type="checkbox"/> Chutes avec dénivellation
<input type="checkbox"/> Véhicules/engins
<input type="checkbox"/> Outils à main
<input type="checkbox"/> Accessoire de levage, amarrage et préhension
<input type="checkbox"/> Appareils de manutention/engins de levage
<input type="checkbox"/> Matières explosives, inflammables ou dangereuses
<input type="checkbox"/> Machines à couper, trancher
<input type="checkbox"/> Machines à meuler, poncer, polir
<input type="checkbox"/> Electricité
<input type="checkbox"/> Outils souillés (sang, urines...)
<input type="checkbox"/> Appareils à pression
<input type="checkbox"/> Appareils chauds ou ustensiles de cuisines
<input type="checkbox"/> Rayonnement ionisants
<input type="checkbox"/> Divers (insectes, végétaux) :
<input type="checkbox"/> Autres (Préciser) :

MESURES DE PREVENTION

Équipement de protection collectives mises en place avant l'accident ? OUI NON
 Si oui, lesquelles ?

Équipement de protection individuelle portées lors de l'accident :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Casque de chantier |
| <input type="checkbox"/> Chaussures ou bottes de sécurité | <input type="checkbox"/> Gants |
| <input type="checkbox"/> Harnais | <input type="checkbox"/> Lunettes ou écran de protection |
| <input type="checkbox"/> Masque de protection respiratoire | <input type="checkbox"/> Protection auditive |
| <input type="checkbox"/> Vêtement de haute visibilité | <input type="checkbox"/> Autre (Préciser) |

Que s'est-il passé après l'accident (intervention d'un secouriste, secours, hospitalisation...) ?

Une formation en lien avec l'activité avait-elle été suivie ? OUI NON
 Si oui, date et intitulé de la formation

