

DECLARATION

D'INCIDENT

D'ACCIDENT DE TRAVAIL

D'ACCIDENT DE TRAJET

D'ACCIDENT DE TRAVAIL AVEC RISQUES INFECTIEUX

LA VICTIME

Nom de famille : Service :

Prénom : Site +étage :

Grade : Statut : Stagiaire/titulaire Contractuel(le)

LES INFORMATIONS RELATIVES A L'ACCIDENT

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

➤ Horaires de travail :

Description de l'accident/incident : précisez

➤ L'activité exercée au moment de l'accident/incident (toilette, réparation d'un lit, etc):

Merci de détailler les circonstances de l'accident/incident :

Préciser :

- Equipements utilisés, matériel en panne ...
- Lieu / pièce.
- Etat physique ou psychologique au moment de l'accident.
- Changement de quart, absence d'un collègue ...
- Pb d'éclairage, encombrements ...

Troubles Musculo Squelettiques

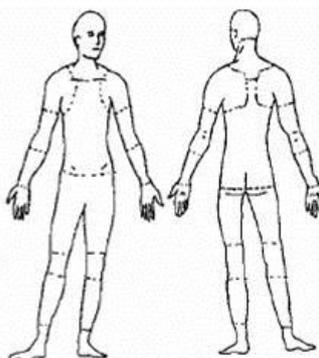
➤ Cause de l'accident/incident (ex : chute, manutention, faux mouvement...) :

➤ Siège des lésions : ➤ nature des lésions : TMS Plaies/hématomes

Perte de conscience Troubles cognitifs/sensoriels Autre, précisez :

Si besoin, vous pouvez vous aider de la figure ci-dessous afin de localiser les conséquences de l'AT.

- Trouble de la mémoire,
- Perte de la perception,
- Détérioration de la compréhension et du raisonnement



Situer avec 1 croix, le ou les lieu(x) des lésions

➤ Latéralité : victime droitrière victime gauchère

Si un tiers est en cause :

➤ Nom : ➤ Prénom :
➤ Adresse :
➤ Société d'assurance :

Préciser s'il s'agit d'un résident, collègue, famille

LE TEMOIN OU LA PREMIERE PERSONNE AVISEE	LE CADRE
<p>➤ Accident/incident : <input type="checkbox"/> constaté <input type="checkbox"/> Connu Le :/...../..... Heure :</p> <p><input type="checkbox"/> Par le témoin <input type="checkbox"/> par la 1ère personne avisée</p> <p>ATTENTION : <i>Le témoin est une personne qui a assisté à la scène et qui a vu ou entendu une chose qu'il peut certifier. Il engage alors sa responsabilité</i></p> <p>Nom et prénom : Signature :</p> <p><i>Si pas de témoin :</i> <i>joindre une déclaration sur l'honneur écrite, attestant de la véracité de la déclaration</i></p>	<p>➤ Accident /incident : <input type="checkbox"/> constaté <input type="checkbox"/> Connu Le :/...../.....Heure :</p> <p>Nom et prénom :</p> <p>Signature :</p> <p><i>Si le cadre est absent au moment de l'accident :</i> <i>une copie de la déclaration d'accident de travail doit être transmise aux ressources humaines dans les 48 H. Soumettre l'original au cadre dès son retour avant transmission aux Ressources Humaines</i></p> <p><i>La nuit, les week-ends et jours fériés :</i> <i>prévenir la garde administrative en cas d'absence du cadre</i></p>

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE TRAJET AVISE

➤ L'accident est-il survenu sur le trajet habituel ? oui non ➤ Y'a t'il eu un constat amiable ou de police : oui
(fournir la photocopie) non

➤ Le trajet a t'il été détourné : oui non

Si oui, motifs :

Date et signature de l'agent :

Visa du Directeur :

Imputabilité : Oui
 Non
 Réserve