

MESURES DE PRÉVENTION

AVANT « Ce qui se passait avant l'accident »

Activité lors de l'accident

Sur quelle tâche, plus précisément, travaillait l'agent accidenté ?

Cette tâche était-elle ? Nouvelle pour l'agent Habituelle pour l'agent Imprévue Urgente

Que faisait l'agent juste avant l'accident et quelles machines, matériel ou équipements utilisait-il ?

La tâche était-elle réalisée par l'agent ? Seul Seul mais en présence d'autres agents ou entreprises Au sein d'une équipe de travail

PENDANT « Ce qui s'est passé au moment de l'accident »

Elément matériel

Lieu précis de l'accident : En intérieur En extérieur

Ambiance physique : Pluie Poussière Chaleur Verglas Bruit Brouillard Neige Froid Vent
 Vibration Fumée Autres (à préciser)

Récit de l'accident :

APRÈS « Ce qu'a fait l'accidenté, ce qui a été fait, et les conséquences de l'accident »

Latéralité de la blessure : Gauche Droite

L'agent a-t-il été hospitalisé ? OUI NON

L'agent a-t-il bénéficié des premiers soins ? OUI NON

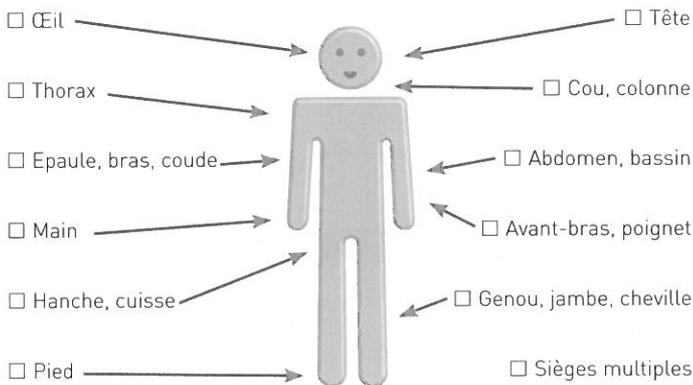
L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? OUI NON

La collectivité/l'établissement a-t-elle un sauveteur secouriste ? OUI NON

La collectivité/l'établissement a-t-elle un assistant ou conseiller prévention ? OUI NON

Propositions d'améliorations à moyen ou long terme : (par l'agent, la hiérarchie...)

.....



Témoignage de l'accident « La personne qui a VU l'accident » :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

- | | | |
|--|---|---|
| Contusion <input type="checkbox"/> | Fracture, fêlure <input type="checkbox"/> | Ecrasement et amputation <input type="checkbox"/> |
| Plaie et piqûre <input type="checkbox"/> | Hernie, sciatique <input type="checkbox"/> | Intoxication, asphyxie et noyade <input type="checkbox"/> |
| Entorse, luxation et lumbago <input type="checkbox"/> | Lésion nerveuse <input type="checkbox"/> | Polytraumatisme <input type="checkbox"/> |
| Déchirure ou douleur musculaire <input type="checkbox"/> | Corps étranger (éclat, sang...) <input type="checkbox"/> | Malaise (cardiaque...) <input type="checkbox"/> |
| Inflammation et dermite <input type="checkbox"/> | Blessure interne <input type="checkbox"/> | Trouble psychologique <input type="checkbox"/> |
| | Brûlure, gelure et électrocution <input type="checkbox"/> | Autre lésion médicale <input type="checkbox"/> |

CODIFICATION DES FILIÈRES

FILIÈRES	
AD	Administrative
CU	Culturelle
AN	Animation
SA	Sanitaire et sociale
SP	Sportive
SE	Sécurité
TE	Technique
ME	México-technique
SO	Soignante et éducative

CODIFICATION DES ACCIDENTS

ACTIVITÉ LORS DE L'ACCIDENT	
1	Travail administratif
2	Formation
3	Accueil, surveillance, contrôle, activité scolaire et périscolaire
4	Restauration collective
5	Nettoyage des locaux
6	Maintenance des locaux
7	Maintenance et réparation du matériel
8	Entretiens des espaces verts et de l'environnement
9	Chantier de bâtiment
10	Travail sur la voirie
11	Circulation et transport
12	Transport, lavage et stockage du linge
13	Collecte et traitement des ordures ménagères et déchets
14	Traitement des eaux, réseau d'assainissement
15	Intervention à domicile
16	Incendie, secours et autre intervention
17	Entretien physique et sportif
18	Activité funéraire
19	Acte de soin, thérapeutique et diagnostique
20	Rééducation et kinésithérapie
21	Hygiène du malade
22	Mobilisation et transfert d'un individu
23	Préparation de substances chimiques et/ou toxiques
24	Tâche de laboratoire

ÉLÉMENT MATÉRIEL	
A	Chute ou glissade de plain-pied ou avec faible dénivellation
B	Chute de hauteur
C	Effort de manutention de malade
D	Effort de soulèvement, manutention de charge
E	Machine et appareil
F	Objet à main
G	Instruments coupants, piquants ou tranchants souillés
H	Instruments coupants, piquants ou tranchants non souillés
I	Produits toxiques, nocifs ou irritants
J	Objet ou masse en mouvement
K	Projection de matières
L	Agression animale
M	Agression, violence, maladie agité
N	Produit ou appareil chaud ou froid
O	Rayonnements, radiations
P	Gaz ou liquide sous pression
Q	Phénomène thermique, incendie, explosion
R	Électricité
S	Véhicule ou engin
T	Effort intense
U	Exposition au sang et liquides physiologiques
V	Autres

XG1438-v08 - 05/2017

Signature de l'agent

j'accepte que la collectivité, dans le cadre de la gestion de mon arrêt de travail, collecte des données de santé me concernant.

Fait à

le :

Signature :

L'autorité territoriale/hospitalière :

Fait à

le :

Signature :