

MESURES DE PRÉVENTION

AVANT « Ce qui se passait avant 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 »

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 détaillé :
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/établissement a-t-elle un sauveteur secouriste ? OUI NON

La collectivité/établissement a-t-elle un assistant ou conseiller prévention ? OUI NON

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

Codification : Accédez au référentiel. Vous êtes une collectivité : <http://bit.ly/referentiel-prorisq-territorial>

Vous êtes un établissement de santé : <http://bit.ly/referentiel-prorisq-sante>

Tâche exercée :

Élément matériel :

Facteur potentiel :

Pathologie :

Nature des lésions :

Siège des lésions :

Parcours :

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

Nom : Prénom :

Adresse :

Téléphone : E.mail :

L'autorité territoriale/hospitalière :

Fait à

Le :

Signature :

Signature de l'agent :

Fait à

Le :

Signature :