

Enquête administrative de l'accident du travail et de la maladie professionnelle

COLLECTIVITÉ / ÉTABLISSEMENT

Raison sociale : Numéro de SIRET :
 Adresse :
 Ville : Code postal :
 Contact dans la collectivité/établissement : Téléphone du contact : E-mail du contact :

AGENT

Numéro de SS : Date de naissance :
 Nom : Prénom :
 Latéralité de l'agent : Droitier Gaucher
 Date d'entrée dans la collectivité/établissement : Date d'embauche dans la fonction publique :

STATUT AGENTS AFFILIÉS À LA CNRACL AGENTS NON AFFILIÉS À LA CNRACL/IRCANTEC AGENTS OPH
 N° CNRACL :
 Titulaire Stagiaire Titulaire Stagiaire Agent contractuel de droit public
 Temps complet Temps partiel Taux activité :
 Temps non complet Nb heures travaillées/mois : h mn
 + 150 h/trimestre* - 150 h/trimestre*
 *Tous employeurs confondus

SERVICE ET GRADE Code grade : Cadre emploi : Service (codification interne) :
 Métier : Catégorie hiérarchique A B C Filière :

ACCIDENT DE SERVICE

Date de l'accident :
 Heure de survenance : h
 Horaires de travail le jour de l'accident :
 De h à h
 et de h à h
 Trajet aller Trajet retour Accident de circulation
 L'accident est-il intervenu sur le trajet habituel ? OUI NON
 L'accident a-t-il entraîné un décès ? OUI NON
 Inscription au registre d'infirmerie : OUI NON
 le : Sous le numéro :
 Accident connu le :
 à (lieu) : par (acteur) :
 La hiérarchie reconnaît-elle administrativement l'imputabilité au service de l'accident ?
 OUI NON Doute
 Observations éventuelles de la hiérarchie :
 Nom du médecin de médecine préventive :
 Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? OUI NON

MALADIE PROFESSIONNELLE

Maladie professionnelle Numéro MP :
 Préciser le nom des produits, des gestes répétés et/ou du matériel utilisé, susceptibles d'être à l'origine de la maladie professionnelle ou joindre la fiche de poste.

 Les fonctions occupées par l'agent à l'origine de la maladie étaient-elles ?
 Occasionnelles Permanentes
 Date d'entrée dans cette fonction :
 Date de cessation de cette fonction :

PÉRIODES D'ARRÊT DE TRAVAIL

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? OUI NON
 Date du premier jour d'arrêt* :
 Date du dernier jour d'arrêt* :
 * À compléter à l'aide des certificats médicaux fournis par l'agent

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 :