

● Annexe. Support d'aide au recueil des informations

Raison sociale de l'entreprise où a eu lieu l'accident :

Le cas échéant,

☐ Agence d'intérim :

☐ Autre entreprise extérieure :

1. Informations concernant le moment de l'accident

Date :

Heure :

Jour de la semaine :

2. Informations générales

Les représentants du personnel ont-ils mené une enquête au sens de l'article L. 2312-5 du Code du travail ?

Secours

a) Témoin(s)

Qui a vu ou « entendu » l'accident ?

Qui a donné l'alerte ?

Quelle a été la première personne avisée ?

Des sauveteurs secouristes du travail (SST) sont-ils intervenus ? Si oui, lesquels :

Qui a accompagné la victime à l'infirmerie ?

b) Premiers soins

Qui a donné les soins à la victime ?

Quels soins ont été donnés ?

Inscription sur registre de déclaration des accidents bénins: ☐ Oui ☐ Non

☐ Intervention des secours extérieurs

☐ Cabinet médical → Médecin consulté :

☐ Hôpital/CHU/Clinique → Lieu :

☐ SAMU/SMUR

☐ Autre (à préciser) :

3. Informations concernant la victime – Qui (I)?

a) Identité de la victime

Nom :

Prénom :

Âge :

Sexe: ☐ H ☐ F

Date de la dernière visite médicale :

Autre(s) information(s) :

b) Situation professionnelle

Profession :

Date d'entrée dans l'entreprise :

Au moment de l'accident : → Poste occupé :

→ Ancienneté au poste :

Travail posté: ☐ Journée ☐ Matin ☐ Après-midi ☐ Nuit

Formations et compétences (elles sont données à titre d'exemple):

Objet	Date de réalisation
Formation au poste de travail	
Formation renforcée au poste de travail pour les intérimaires	
Formation préparatoire à l'habilitation électrique	
Formation pontier	
Formation à la conduite de chariots de manutention	
Formation à la conduite de nacelles	
Autres formations (PRAP, produits chimiques...)	

4. Information concernant la tâche/activité réalisée – Quoi (T/A)?

Description du travail réalisé habituellement lors de la survenue de l'accident :

5. Moyens ou matériels utilisés (Ma)?

a) Équipements de travail

b) Produits

Si l'accident est lié à l'utilisation d'un produit dangereux, la fiche de données de sécurité a-t-elle été consultée?

☐ Oui ☐ Non

c) Matières

d) Moyens de protection

Équipement(s) de protection individuelle	Oui	Non
Gants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lunettes de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chaussures de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vêtements de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnais de sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protections auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (à préciser):		

Équipements de protection collective

6. Informations concernant le lieu (Mi)?

a) Localisation

Secteur:

Sous-secteur ou machine:

Partie de machine:

Poste de travail habituel de la victime: ☐ Oui ☐ Non

b) Environnement de travail

État des sols: Encombrement:

Différences de niveaux (marches...):

Nuisances physiques et chimiques:

☐ Bruit: ☐ Éclairage:

☐ Poussières:

☐ Autres à préciser:

c) Si la victime était en déplacement, préciser:

Le lieu de départ:

Le lieu d'arrivée:

Le motif du déplacement:

7. Conséquences de l'accident

☐ Incident ou accident matériel☐ Accident déclaré sans arrêt

☐ Accident déclaré avec arrêt (incapacité temporaire) → Nombre de jours:

Siège des lésions:

Nature des lésions					
<input type="checkbox"/>	Coupure	<input type="checkbox"/>	Brûlure superficielle	<input type="checkbox"/>	Symptômes liés au stress
<input type="checkbox"/>	Amputation	<input type="checkbox"/>	Écrasement	<input type="checkbox"/>	Électrisation
<input type="checkbox"/>	Plaie superficielle	<input type="checkbox"/>	Entorse	<input type="checkbox"/>	Électrocution
<input type="checkbox"/>	Plaie profonde	<input type="checkbox"/>	Fracture	<input type="checkbox"/>	Décès
<input type="checkbox"/>	Douleur musculaire	<input type="checkbox"/>	Brûlure étendue	<input type="checkbox"/>	Autre:
<input type="checkbox"/>	Pincement	<input type="checkbox"/>	Irritation cutanée		
<input type="checkbox"/>	Irritation oculaire	<input type="checkbox"/>	Intoxication		

8. Récit et recueil des faits

a) Récit détaillé de l'accident

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

b) Liste des faits

1 : Humains 2 : Organisationnels 3 : Techniques

Description des faits	Faits		
	1	2	3
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>