

Document à tenir à la disposition du personnel salarié  
A remettre systématiquement à la victime d'un accident du travail

## **1. Introduction**

La présente procédure « Accident du travail » s'adresse :

- ☒ **À l'ensemble du personnel salarié des Services Humanitaires**
- ☒ **Aux Directeurs et Responsables des Services Humanitaires**

Elle s'applique aux 4 types d'accidents du travail repris ci-dessous :

Accident du travail

Accident sur le chemin du travail

Accident du travail grave

Accident d'exposition au sang

La gestion administrative consécutive à un accident du travail est réalisée par :

**Le Service Assurances**

96 Rue de Stalle, 1180 Bruxelles  
Tél : +32 (0)493 40 30 87  
[assurances@croix-rouge.be](mailto:assurances@croix-rouge.be)

**Le SIPP**

8 Rue du Fond du Maréchal, 5020 Suarlée  
Tél : +32 (0)81 77 10 25  
[sipp@croix-rouge.be](mailto:sipp@croix-rouge.be)

Police assurance chez Ethias : Services Humanitaires - 06507033

**Définitions :**

AES	Accident d'exposition au sang
CRB	Croix-Rouge de Belgique
FEDRIS	Agence fédérale des risques professionnels
Responsable	Responsable direct / Chef de service / Directeur
RH	Ressources Humaines
Référent RH	Personne de contact auprès des Ressources Humaines
SIPP	Service Interne de Prévention et de Protection au travail

**Accident du travail**

Accident survenant à un travailleur pendant et par le fait de l'exécution du contrat de travail, et qui est la cause d'une lésion physique et/ou psychique.

**Accident sur le chemin du travail**

Accident survenant à un travailleur sur le trajet normal du et vers le lieu de travail, et inversement (d'autres trajets peuvent y être assimilés).

## **2. Procédure administrative pour tout accident du travail**

En cas d'accident du travail ou sur le chemin du travail, celui-ci doit **être déclaré** selon les délais et modalités prévus par la loi sur les accidents du travail du 10 avril 1971.

**Vous êtes victime d'un accident du travail, lisez et respectez les consignes suivantes :**

### 1. Déclaration d'accident du travail ou sur le chemin du travail (annexe 1, page 7) :

- La déclaration d'accident est à transmettre dûment complétée dans les **2 jours ouvrables** (de la date de l'accident) à votre responsable.
- **TOUTES les rubriques doivent obligatoirement être complétées de manière LISIBLE. Il est important d'être PRECIS et COMPLET !**
- Votre responsable se chargera de la transmettre, dès réception, **au Service Assurances de la Croix-Rouge de Belgique** (en lien avec l'assureur Ethias).

### 2. Certificat médical pour l'assureur (annexe 2, page 10) :

- Le certificat est à joindre **obligatoirement** au formulaire de déclaration d'accident du travail.
- Le certificat doit être complété en mentionnant la description des **lésions physiques et/ou psychiques** constatées par le médecin qui a examiné la victime après les faits.

### 3. En cas d'incapacité de travail (ou de prolongation de l'incapacité de travail) :

- Le certificat médical original doit être transmis à votre responsable (dans les 48 heures au plus tard), qui se chargera de l'envoyer au Service Assurances de la CRB et d'adresser une copie au Département RH.

### 4. Lorsque l'accident du travail est enregistré :

- Vous recevrez un **courrier d'Ethias** précisant si votre accident est accepté comme accident du travail et la marche à suivre pour le remboursement de vos frais médicaux, pharmaceutiques, ...

### 5. En cas de reprise du travail après une incapacité de travail :

- Vous devez toujours en informer votre responsable !
- Après une absence d'**au moins 4 semaines consécutives**, vous recevrez, via votre responsable ou votre référent RH ou, une convocation à un **examen de reprise au travail**.
  - ✓ L'examen de reprise est **obligatoire** pour le personnel salarié soumis à la surveillance de santé ;
  - ✓ L'examen de reprise doit avoir lieu dans les **10 jours ouvrables de la date de reprise** chez le médecin du travail (Mensura).
- Si vous recevez d'Ethias le **document « Certificat de guérison »** (annexe 7, page 16), vous devez le faire compléter par votre médecin traitant et le transmettre (dans les 48 heures au plus tard) à votre responsable qui se chargera de l'envoyer au Service Assurances de la CRB et d'adresser une copie au Département RH.

### 3. Accident du travail grave

Conformément à la législation, un accident du travail est qualifié de grave s'il s'agit :

→ Un accident du travail ayant entraîné la mort ;

→ Un accident du travail ayant entraîné :

- soit une lésion permanente ;
- soit une lésion temporaire dont la nature figure sur la liste reprise ci-dessous :

- Plaies avec pertes de substance occasionnant plusieurs jours d'incapacité de travail
- Fractures osseuses
- Amputations traumatiques (perte de membres)
- Amputations
- Commotions et traumatismes internes qui, en l'absence de traitement, peuvent mettre la survie en cause
- Effets nocifs de l'électricité occasionnant plusieurs jours d'incapacité
- Brûlures occasionnant plusieurs jours d'incapacité de travail ou brûlures chimiques ou internes ou gelures
- Empoisonnements aigus
- Asphyxies et noyades
- Effets des radiations (non thermiques) occasionnant plusieurs jours d'incapacité de travail

ET

dont la survenance a un rapport direct avec une déviation qui figure sur la liste reprise ci-dessous :

- Déviation par problème électrique, explosion, feu
- Déviation par débordement, renversement, fuite, écoulement, vaporisation, dégagement
- Rupture, bris, éclatement, glissade, chute, effondrement de l'agent matériel
- Perte de contrôle de machine, moyen de transport/équipement de manutention, outil à main, objet
- Chute de hauteur de personnes
- En étant attrapé ou entraîné par un objet ou par son élan

OU

avec l'agent matériel qui est impliqué dans l'accident et qui figure sur la liste reprise ci-dessous :

- Échafaudages ou constructions en hauteur
- Fouilles, tranchées, puits, souterrains, galeries ou milieux sous-marins
- Installations
- Machines ou appareils
- Dispositifs de convoyage, de transport et de stockage
- Véhicules terrestres
- Substances chimiques, explosives, radioactives, biologiques
- Dispositifs et équipements de sécurité
- Armes
- Animaux, micro-organismes, virus

### Mesures concrètes à prendre

- En fonction de la gravité de la situation, il convient de la gérer de façon à sécuriser les lieux de travail, porter secours et assistance à la (aux) victime(s) éventuelle(s).
- Contactez **immédiatement** le **responsable** de la victime.  
En cas de contact impossible avec le responsable, avertissez par ordre de priorité :
  - ✓ Le Service Assurances de la CRB : +32 (0)493 40 30 87 – [assurances@croix-rouge.be](mailto:assurances@croix-rouge.be)
  - ✓ Le SIPP : +32 (0)81 77 10 25 – [sipp@croixrouge.be](mailto:sipp@croixrouge.be)
  - ✓ L'Inspection du Contrôle du Bien-être au Travail (annexe 8, page 17).
- **C'est au responsable d'avertir**, dans les plus brefs délais, le **Service Assurances de la CRB** et de lui transmettre rapidement la déclaration d'accident dûment complétée (cf. page 2 et annexe 1, page 7).  
  
Le Service Assurances de la CRB avertira aussitôt le **SIPP** qui :
  - ✓ en informera **l'Inspection Contrôle du Bien-être au Travail** en cas de lésion temporaire spécifique ;
  - ✓ devra effectuer une enquête approfondie et remettre un **rapport circonstancié** au Contrôle du Bien-être au travail, dans les 10 jours qui suivent la date de l'accident du travail grave.
- **En cas de décès :**
  - ✓ Il NE faut PAS toucher aux objets qui ont contribué de près ou de loin à l'accident.
  - ✓ La **Direction du Département doit immédiatement :**
    - informer le parquet des faits (via le 101 – police). Le parquet enverra probablement des experts pour effectuer les premières constatations sur les circonstances de l'accident ;
    - avertir l'Inspection Contrôle du Bien-être au Travail (annexe 8, page 17).

**En cas de décès ou de lésion permanente, la Direction du Département doit immédiatement en informer l'Inspection Contrôle du Bien-être au Travail !**

## 4. Accident d'exposition au sang (AES)

### Accident d'exposition au sang - AES

Accident qui survient suite à tout contact avec du sang, ou d'autres liquides biologiques contenant ou non du sang (ex : salive, sperme, sécrétions vaginales, ...), et comportant :

- soit une effraction cutanée (piqûre d'aiguille, scalpel, blessure, etc.) ou une morsure ;
- soit la projection sur une muqueuse (œil, nez, bouche) ou sur une peau lésée (éraflure, eczéma, etc.).

Il existe alors un risque de transmission de bactéries, parasites, virus, ... transportés par le sang ou les autres liquides biologiques. Le risque dépendra du statut du patient source.

Il s'agit donc de gérer l'**AES** comme tout accident du travail et de transmettre au Service Assurances de la CRB la déclaration d'accident dûment complétée (cf. page 2 et annexe 1, page 7).

### Mesures concrètes à prendre

#### ➤ En cas de piqûre, coupure, contact peau lésée :

##### 1. **NE faites PAS saigner !**

Il est important de laisser s'écouler le sang hors de la lésion mais certainement pas en la comprimant volontairement car cela augmente le risque de contamination.

##### 2. **Nettoyez** immédiatement la plaie à l'eau et au savon, puis rincez.

##### 3. **Désinfectez** avec :

→ soit une solution ou un gel hydro alcoolique ou, à défaut, de l'alcool à 70°, et ce, jusqu'au séchage complet ;

→ soit une solution antiseptique (polyvidone iodée type iso-Bétadine ou Chlorhexidine) en solution alcoolique (0,5%), jusqu'au séchage complet.

##### 4. Si nécessaire, **réalisez le soin** de la plaie (ex : pansement).

#### ➤ En cas de projection sur muqueuse : rincez abondamment à l'eau courante ou au liquide physiologique, durant au moins 5 minutes.

#### ➤ Si le patient source est connu comme « à risque » HIV, hépatite B ou C ou fortement suspect : rendez-vous **immédiatement aux urgences** pour évaluer le risque infectieux.

#### ➤ Il convient d'avoir un avis médical !

#### **Une prise de sang doit être réalisée dans les 24 heures, de préférence dans un service d'urgences :**

→ Pour effectuer le tout premier contrôle sanguin, au temps zéro qui servira de base pour le suivi par le médecin du travail.

→ Pour mettre en route, si nécessaire un traitement post-exposition le plus tôt possible.

Immédiatement

Dans les 24 heures  
au plus tard

➤ **Attention, munissez-vous des documents suivants :**

- ✓ Votre carnet de vaccination, si vous en possédez un ;
- ✓ Le certificat médical pour l'assureur (annexe 2, page 8) ;
- ✓ Le certificat médical pour la médecine du travail en cas d'AES (annexe 4, page 11) qui doit être complété par le médecin consulté.

→ **Il est important qu'une copie du résultat de la prise de sang soit transmise à la médecine du travail !**

- **Pour des raisons de confidentialité**, il est indispensable que le médecin prescripteur de l'analyse NE soit PAS l'employeur, que l'analyse NE soit PAS réalisée par des collègues de travail et que l'employeur NE puisse PAS être informé du résultat !

**Complétez et remettez les documents suivants à votre responsable** qui les fera parvenir au Service Assurances de la CRB :

1. La déclaration d'accident du travail (annexe 1, page 7) ;
2. La prise de connaissance de la procédure AES simplifiée (annexe 3, page 11) ;
3. Le certificat médical pour la médecine du travail en cas d'AES (annexe 4, page 11) ;
4. L'analyse des circonstances de l'AES » (annexe 5).

Endéans les 48 heures

1. **Le référent RH** de votre lieu de travail prendra rendez-vous auprès de Mensura via le formulaire « Demande de surveillance de santé des travailleurs » (annexe 6, page 15).

2. **Le médecin du travail** informera le travailleur concernant la prise en charge ultérieure :

- Le médecin du travail évaluera le suivi à réaliser ;
- Le médecin du travail effectuera la déclaration auprès de la **FEDRIS** (Agence Fédérale des risques professionnels) en cas de séroconversion.

Dans le mois

**Annexes**

Annexe 1 (p. 7)	Déclaration d'accident du travail ou sur le chemin du travail
Annexe 2 (p. 10)	Certificat médical pour l'assureur
Annexe 3 (p. 11)	AES – Prise de connaissance de la procédure simplifiée
Annexe 4 (p. 12)	AES - Certificat médical pour la médecine du travail
Annexe 5 (p. 13)	AES - Analyse des circonstances de l'accident
Annexe 6 (p. 15)	Formulaire « Demande de surveillance de santé des travailleurs »
Annexe 7 (p. 16)	Certificat de guérison pour l'assureur
Annexe 8 (p. 17)	Inspection Contrôle du Bien-être au travail – Coordonnées des Directions régionales

### Déclaration d'accident du travail ou sur le chemin du travail

**Croix-Rouge de Belgique - Service Assurances**  
[assurances@croix-rouge.be](mailto:assurances@croix-rouge.be)  
 Tél. : +32 (0) 493 40 30 87

**Document à remettre à votre responsable qui doit le faire parvenir dans les 2 jours ouvrables de l'accident au Service Assurances de la CRB (rue de Stalle)**

Ce document simplifié et interne à la Croix-Rouge de Belgique est indispensable à la rédaction de la déclaration conforme pour ETHIAS. Une déclaration complète permettra un traitement plus rapide et plus efficace de votre dossier !

**TOUTES les rubriques doivent obligatoirement être complétées de manière LISIBLE.**

**Il est important d'être PRECIS et COMPLET !**

EMPLOYEUR : Services Humanitaires

**VICTIME :**

**NISS** (numéro national) : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] (voir au dos de la carte d'identité)

Nom (nom de jeune fille pour les femmes mariées) .....

Prénom : .....

Mutuelle : Code ou nom : ..... N° d'affiliation : .....

Rue/n°/boite : .....

Code postal :     Commune : .....

N° du compte financier : BE   -     -     -

Profession habituelle exercée dans l'entreprise : .....

Lieu de travail normal : Code postal :     Commune : .....

Section, service ou département où la victime exerce habituellement sa profession :

**ACCIDENT :**

Jour de l'accident : ..... date   .   .     heure   min.

Date de notification à l'employeur :   .   .     heure   min.

Nature de l'accident : ☐ accident du travail ☐ accident sur le chemin du travail

Horaire de la victime le jour de l'accident : de   h   à   h    
 (ex. 8h00 à 12h00 et 13h00 à 17h00) et de   h   à   h

Lieu de l'accident (adresse) : rue ..... n° .....

Code postal :     Commune : .....

(26) Dans quel **environnement** ou dans quel type de lieu la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit ?

(ex : poste d'ambulances, centre pour demandeurs d'asile, poste fixe de prélèvements, collecte mobile, laboratoire, bureau, magasin, nettoyage de locaux, aire de maintenance, hôpital, parking, route/autoroute, etc.) ?

(27) Précisez l'**activité générale** (le type de travail) qu'effectuait la victime ou la tâche (au sens large) qu'elle accomplissait lorsque l'accident s'est produit (ex : transport d'un blessé ou d'un malade, prélèvement d'un donneur de sang, installation ou rangement d'une collecte, analyse de sang, travail de bureau, manutention de marchandises, conduite d'un véhicule, formation, etc.) :

(28) Précisez l'**activité spécifique** de la victime lorsque l'accident s'est produit (ex : conditionnement ou port d'un blessé ou d'un malade, activité d'animation, tri ou entretien ou élimination de matériel d'intervention, ponction d'un donneur de sang, prise d'échantillons pour analyse, saisie/levage/portage/de matériel, conduite d'un véhicule, etc.).  
Précisez les objets impliqués (ex : outillage, machine, équipement, matériaux, instruments, substances, etc.) :

(30) Quels **événements** déviant par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident ? (ex : problème électrique, explosion, feu, débordement, renversement, écoulement, émission de gaz, rupture, chute ou effondrement d'objet, démarrage ou fonctionnement anormal d'une machine, perte de contrôle d'un moyen de transport ou d'un objet, glissade ou chute de personne, action inopportune, faux mouvement, surprise, frayeur, violence, agression, etc.).  
Précisez tous ces faits ET les objets impliqués s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (ex : outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.) :

(33) Un procès-verbal a-t-il été dressé ? : ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue

Si oui, le procès-verbal porte le numéro d'identification : ..... et a été rédigé  
à : ..... le .... par .....

(34) Un tiers peut-il être rendu responsable de l'accident ? : ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue

Si oui, nom et adresse : .....

Nom et adresse de l'assureur : .....

..... N° de police : .....

(35) Y a-t-il eu des témoins ? : ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnue

Si oui, nom + prénom + adresse:

Témoïn 1 : .....

Témoïn 2 : .....

#### LESION :

(36) Comment la victime a-t-elle été blessée (lésion physique ou psychique) ? Précisez chaque fois par ordre d'importance tous les différents contacts qui ont provoqué la (les) blessures(s) (ex : écrasement contre un objet ou heurt par un objet, collision, contact avec un objet coupant ou pointu, coincement ou écrasement par un objet, piqûre avec aiguille usagée, contact avec le sang, contact avec un courant électrique, avec une source de chaleur ou des substances dangereuses, etc.) ET les objets impliqués (ex : outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.) :

(37) Nature de la lésion : .....

(38) Siège de la lésion : .....



**SOINS :**39 Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ? : ☐ oui ☐ nonSi oui, date ☐☐☐☐☐☐ heure ☐☐ min. ☐☐ Qualité du dispensateur : .....

Description des soins dispensés : .....

40 Des soins médicaux ont-ils été dispensés par un médecin externe ? : ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnueSi oui, date ☐☐☐☐☐☐ heure ☐☐ min. ☐☐ N° INAMI du médecin externe : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nom et prénom du médecin externe : .....

Rue/n°/boite : ..... Code postal : ☐☐☐☐ Commune : .....41 Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ? : ☐ oui ☐ non ☐ réponse inconnueSi oui, date ☐☐☐☐☐☐ heure ☐☐ min. ☐☐

Dénomination de l'hôpital : .....

Rue/n°/boite : ..... Code postal : ☐☐☐☐ Commune : .....

Numéro d'identification de l'hôpital à l'INAMI : .....

**CONSEQUENCES :**42 Conséquences de l'accident : ☐ pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir☐ pas d'incapacité temporaire de travail, mais des prothèses à prévoir☐ incapacité temporaire de travail☐ incapacité permanente de travail à prévoir☐ décès, date du décès ☐☐☐☐☐☐43 Cessation de l'activité professionnelle - date ☐☐☐☐☐☐ heure ☐☐ min. ☐☐

Durée probable de l'incapacité temporaire de travail : ..... jours

**PREVENTION :**

45 De quels moyens de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident ?

☐ aucun ☐ casque ☐ gants ☐ lunettes de sécurité ☐ masque ☐ veste de protection☐ tenue de signalisation ☐ chaussures de sécurité ☐ ceinture de sécurité ☐ autre (à préciser) : .....

Déclarant (peut être la victime)

Nom : .....

Prénom : .....

Date ☐☐☐☐☐☐

Signature :

Le chef de service/directeur signe également la déclaration.

Date ☐☐☐☐☐☐

Signature :

## Certificat médical pour l'assureur

**Exemplaire destiné à Ethias**

Accidents du travail

Rue des Croisiers, 24 – 4000 LIEGE - Tél (04) 220 31 11 - Fax (04) 249 65 50

### CERTIFICAT MEDICAL

- (1) Nom, prénoms, qualité, adresse du médecin.  
 (2) Nom, prénoms, adresse de la victime.  
 (3) Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts ; lésions internes, asphyxie, etc.  
 (4) Indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées : mort – incapacité permanente, totale ou partielle – incapacité temporaire, totale ou partielle, en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire.  
 (5) Le fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement des lésions mêmes, sans avoir égard à toutes autres circonstances.  
 (6) Indiquer, selon les cas, que le blessé est soigné à son domicile, ou à celui du médecin, ou à tel hôpital, ou encore à tel autre endroit.

Le soussigné (1) .....

..... ayant examiné (2) .....

après l'accident qui lui est survenu le .....  
 déclare :

1° Que l'accident a produit les lésions suivantes (3) .....

2° Que ces lésions ont eu (auront) pour conséquence (4) .....

3° Que l'incapacité a commencé (commencera) le (5) .....

4° Que le blessé est soigné (6) .....

Fait à ....., le ..... à ..... h.....

Signature

#### Déclarations complémentaires

1. Estimez-vous que la lésion constatée a pour cause l'accident relaté à la demande de soins ? .....	.....
2. a) Y a-t-il concours de circonstances, telles qu'infirmités, maux ou maladie, susceptibles de provoquer des complications? Si oui, lesquelles ? b) Incapacité probable de travail : Incapacité totale probable Incapacité partielle probable	..... ..... jours, soit du ..... au ..... ..... jours, soit du ..... au ..... à ..... % ..... jours, soit du ..... au ..... à ..... %
3. Quand la victime a-t-elle recouru pour la première fois à vos soins ?	Le ..... à ..... heures
4. Doit-on craindre une issue fatale ?	.....
5. Doit-on craindre une invalidité permanente ?	.....
6. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée? Laquelle ? Dans quel établissement et par quel chirurgien ? Une radiographie de diagnostic et/ou de contrôle a-t-elle été effectuée ? Par quel radiologue ? Désirez-vous l'intervention d'un spécialiste ?	..... ..... ..... ..... .....
7. Le blessé peut-il ou ne peut-il pas se déplacer ?	.....

Association d'assurances mutuelles, agréée sous le n° 0660, pour pratiquer l'assurance contre les accidents du travail (A.R. des 4 et 13 juillet 1979, M.B. du 14 Juillet 1979)

***AES – Prise de connaissance de la procédure simplifiée***

**A compléter uniquement lors d'un AES !**

A remettre à votre responsable qui se chargera de le faire parvenir au Service Assurances de la Croix-Rouge (rue de Stalle).

Je soussigné(e) (nom et prénom) : .....

déclare avoir reçu la procédure « *Accident d'exposition au sang* » lors de mon accident du travail survenu le .....

J'ai pris bonne note de mes obligations :

**a. Dans les 24 heures :**

- ✓ me présenter pour une **prise de sang**, de préférence dans un service d'urgences ;
- ✓ demander d'envoyer d'une copie des résultats (annexe 4, page 12) chez **MENSURA**, à l'attention du secrétariat médical (2 Italiëlei, 2000 ANVERS - [medsec@mensura.be](mailto:medsec@mensura.be)).

**b. Dans les 48 heures** remettre à mon responsable :

- ✓ la déclaration d'accident du travail (annexe 1, page 7)
- ✓ le certificat médical pour l'assureur (annexe 2, page 10)

**c. Dans le mois :** me présenter au rendez-vous chez MENSURA où le médecin du travail m'informera du suivi à réaliser. Le rendez-vous sera pris par le référent RH de votre lieu de travail via le formulaire « Demande de surveillance de santé des travailleurs » (annexe 6, page 15).

Date :

Signature :

**AES - Certificat médical pour la médecine du travail**

***Document à renvoyer à MENSURA***

Secrétariat médical : 2 Italiëlei, 2000 ANVERS - [medsec@mensura.be](mailto:medsec@mensura.be)

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir examiné ce jour :

Nom, prénom : .....

Adresse : .....

Employeur : **Croix-Rouge de BELGIQUE**

Service : .....

Dans le cadre d'un accident professionnel d'exposition au sang ou aux autres liquides biologiques survenu le .....

J'ai réalisé les actes suivants (cocher les cases nécessaires) :

- ☐ Prise de sang (dosage GOT, GPT, Ac antiVHC, Ac antiHIV, Ac anti HBs, Ag HBs, AcHBc)



J'ai demandé au laboratoire de **faire parvenir une copie des résultats chez MENSURA** à l'attention du Secrétariat médical :  
2 Italiëlei, 2000 ANVERS - [medsec@mensura.be](mailto:medsec@mensura.be)

- ☐ Injection de Gamma globulines
- ☐ Injection de vaccin. Lequel ? .....
- ☐ Envoi du patient dans un service spécialisé .....

Commentaires éventuels :

Signature du médecin

Cachet

Date

**AES - Analyse des circonstances de l'accident**

Merci de compléter TOUTES les rubriques de manière LISIBLE.  
Il est important d'être PRECIS et COMPLET !

Formulaire à faire parvenir le plus rapidement possible au Service Assurances de la CRB  
(96 Rue de Stalle à 1180 Bruxelles - [assurances@croix-rouge.be](mailto:assurances@croix-rouge.be) ).

**Nom - Prénom :** .....  
**Fonction :** ..... **Date :** .....

**Lieu de travail** où l'accident s'est produit :

- ☐ Zone de secours/centre de secours (à préciser) : .....  
☐ Centre ADA de (à préciser) : .....  
☐ Autre : .....

**TYPE d'accident :**

- ☐ Piqûre d'aiguille / de cathéter  
☐ Projection de sang ou de plasma  
☐ Contact avec du sang ou du plasma avec une plaie récente  
☐ Coupure ou blessure avec du matériel contaminé autre que l'aiguille (à préciser) : .....  
.....  
☐ Autre (à préciser) : .....

**Endroit de la LÉSION / du CONTACT :**

- ☐ Main gauche      ☐ Main droite      ☐ Doigt(s) (à préciser) : .....  
☐ Œil      ☐ Autre endroit (à préciser) : .....

**PROTECTION** au moment de l'accident :

- ☐ Aucun  
☐ Gants      ☐ Tablier      ☐ Masque      ☐ Lunettes de sécurité  
☐ Autre (à préciser) : .....

**SURVENANCE de l'accident lors :**

- ☐ D'une prise de sang (échantillons pour analyse) :  
    ☐ Lors de la ponction  
    ☐ Lors de l'enlèvement de l'aiguille de la veine du patient  
    ☐ Lors de l'élimination de l'aiguille dans le conteneur  
    ☐ Autre circonstance : .....  
  
☐ Autre circonstance (à préciser) : .....  
.....  
.....

### A propos du CONTENEUR D'AIGUILLES

- Y a-t-il un **conteneur** ? ☐ OUI ☐ NON
- Est-il **trop rempli** ? (« Reflux » des déchets hors du récipient ?) ☐ OUI ☐ NON
- Est-il **adapté** aux déchets ? (Volume ? Hauteur ? ...) ☐ OUI ☐ NON
- **L'ouverture** du conteneur est-elle adaptée à la taille des déchets ? ☐ OUI ☐ NON

Date :

Signature :

# Formulaire « Demande de surveillance de santé des travailleurs »

## FORMULAIRE A RENVOYER A :

MENSURA ([WALLONIE@MENSURA.BE](mailto:WALLONIE@MENSURA.BE))

--	--	--	--	--

L'employeur soussigné (nom, prénom, et adresse de l'employeur, personne physique, ou forme juridique, dénomination et siège de l'entreprise ou de l'organisme)

Croix-Rouge de Belgique  
Services Humanitaires – Service du Sang (\*)  
Rue de Stalle 96  
1180 BRUXELLES

prie le conseiller en prévention-médecin du travail de soumettre

Monsieur/Madame (*) (nom, prénom de la personne à examiner)		
né(e) le		
demeurant à		
Poste ou activité (*)		- à occuper : - effectivement occupé(e) :
Lieu de travail		

(\*) = biffer les mentions inutiles

à l'évaluation de santé prescrite par l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs et de procéder à cette évaluation en se référant aux indications ci-après :

NATURE DE L'EVALUATION DE SANTE	
1) <input type="checkbox"/> <b>EVALUATION DE SANTE PREALABLE A L'AFFECTATION (*) :</b> Date d'entrée en service : ..... <input type="checkbox"/> à un poste de sécurité <input type="checkbox"/> à un poste de vigilance <input type="checkbox"/> à une activité à risque défini: type d'activité ..... <input type="checkbox"/> à une activité liée aux denrées alimentaires <input type="checkbox"/> pour une personne handicapée <input type="checkbox"/> pour un jeune au travail avant la toute première affectation	
2) <input type="checkbox"/> <b>EVALUATION DE SANTE PREALABLE A UN CHANGEMENT D'AFFECTATION (*) :</b> Date du changement : ..... <input type="checkbox"/> à un poste de sécurité <input type="checkbox"/> à un poste de vigilance <input type="checkbox"/> à une activité à risque défini: type d'activité ..... <input type="checkbox"/> à une activité liée aux denrées alimentaires	
3) <input type="checkbox"/> <b>EXAMEN DE REPRISE DE TRAVAIL</b> Date de la reprise de travail : .....	
4) <input type="checkbox"/> <b>EXAMEN DANS LE CADRE DE LA PROTECTION DE LA MATERNITE (*) :</b> travailleuse enceinte / allaitante / accouchée (*) <input type="checkbox"/> occupée à un poste dont l'évaluation a révélé une activité à risque spécifique (type: .....) <input type="checkbox"/> occupée à un poste dont l'évaluation a révélé une exposition interdite (type: .....) <input type="checkbox"/> devant effectuer un travail de nuit (horaire : .....) <input type="checkbox"/> demandant une consultation <input type="checkbox"/> qui reprend le travail	
5) <input checked="" type="checkbox"/> <b>CONSULTATION SPONTANEE : SUIVI AES</b>	
6) <input type="checkbox"/> <b>EVALUATION DE SANTE DANS LE CADRE D'UNE PROCEDURE DE RECLASSEMENT (INCAPACITE DE TRAVAIL DEFINITIVE)</b>	
7) <input type="checkbox"/> <b>ATTESTATION D'APTITUDE POUR LE PERMIS DE CONDUIRE (SELECTION MEDICALE)</b>	

(\*) = cocher la case ad hoc

(\*) = biffer les mentions inutiles

Date et signature de l'employeur ou de son délégué

CERTIFICAT DE GUERISON		
Nom, prénom et domicile du médecin		
Employeur		
Nom, prénom et domicile du blessé		
Date de l'accident		
Date de la guérison		
Date de la reprise du travail		
Subsiste-t-il une invalidité permanente ?		
Durée de l'incapacité totale de travail	..... jours, soit du .....	..... au ..... inclus
Durée et taux de l'incapacité partielle de travail	..... jours, soit du .....	..... au ..... inclus à ..... % ..... jours, soit du .....
		..... au ..... inclus à ..... %

SI VOUS POSTULEZ LE PAIEMENT DE VOS HONORAIRES AU MOYEN DE CE DOCUMENT, AUCUNE ATTESTATION DE SOINS NE PEUT ETRE ETABLIE.

A régler au compte n° .....  
du docteur ..... à .....

[illegible]

Fait \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_



**Inspection Contrôle du Bien-être au travail**  
**Coordonnées des Directions régionales**

Le bureau compétent de l'Inspection Contrôle du Bien-être au travail est celui du lieu de l'accident !

Provinces	Tél	e-mail
BRUXELLES-CAPITALE	Tél. : + 32 (0)2 233 45 46	<a href="mailto:cbe.bruxelles@emploi.belgique.be">cbe.bruxelles@emploi.belgique.be</a>
HAINAUT	Tél. : +32 (0)2 233 42 50	<a href="mailto:cbe.hainaut@emploi.belgique.be">cbe.hainaut@emploi.belgique.be</a>
LIEGE	Tél. : +32 (0)2 233 42 70	<a href="mailto:cbe.liege@emploi.belgique.be">cbe.liege@emploi.belgique.be</a>
NAMUR LUXEMBOURG BRABANT WALLON	Tél. : +32 (0)2 233 43 30	<a href="mailto:cbe.namur@emploi.belgique.be">cbe.namur@emploi.belgique.be</a>
BRABANT FLAMAND LIMBOURG	Tél. : +32 (0)2 233 41 90	<a href="mailto:twv.limburg.vlaamsbrabant@werk.belgie.be">twv.limburg.vlaamsbrabant@werk.belgie.be</a>
ANVERS	Tél. : +32 (0)2 233 42 90	<a href="mailto:twv.antwerpen@werk.belgie.be">twv.antwerpen@werk.belgie.be</a>
FLANDRE OCCIDENTALE	Tél. : +32 (0)2 233 42 40	<a href="mailto:twv.west-vlaanderen@werk.belgie.be">twv.west-vlaanderen@werk.belgie.be</a>
FLANDRE ORIENTALE	Tél. : +32 (0)2 233 42 20	<a href="mailto:twv.oost-vlaanderen@werk.belgie.be">twv.oost-vlaanderen@werk.belgie.be</a>

