**COMPTE RENDU D'ACCIDENT A CHAUD**

Accident du travail  Accident sur le chemin du travail

***Partie remplie par le responsable hiérarchique du blessé, transmise au service médical ainsi qu'au responsable SSE dans les 24 heures***

**EMPLOYEUR :** *(RS)*

N°, Rue, BP :

Code postal Commune :

**ACCIDENTE :** *(Nom Prénom)*

Fonction : Qualification :

Ancienneté au poste : Connaissance du poste : TB B M

**ACCIDENT :** Jour de l'accident : Date : / / h min

**Lieu de l'accident :**

Lieu habituel chantier  bureau  Atelier

Occasionnel  *(Si occasionnel donnez des précisions)*

Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa

fonction habituelle ? Oui  Non

Si non, quelle occupation exerçait-elle ?

**LIEU EXACT DE L'ACCIDENT :** *(ex. Poste RTE 225Kv,…)*

N°, Rue, BP :

Code postal Commune :

**CIRCONSTANCES DETAILLEES DE L'ACCIDENT :**

**Témoin immédiat :** *(Nom Prénom)*

*(Personne ayant assisté visuellement à l'accident)*

**Première personne ayant été informée de l'accident :** *(Nom Prénom)*

*(En l'absence de témoin)*

**Précisez l'activité générale** *(type de travail)* **qu'effectuait la victime ou la tâche** *(au sens large)* qu'elle accomplissait lorsque l'accident s'est produit :

**Blessures constatées :**

Siège des lésions : *(yeux, tête ou cou, mains,…)*

Nature des lésions : *(Plaie, fracture, brûlure, présence d'un corps étranger,….)*

**Détails et circonstances de l'accident :**

Indiquez ce que faisait la victime au moment de l'accident *(injection électrique, manutention,…)* et comment celui-ci s'est produit *(glissade, heurt,….)*

**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) blessure(s) *(ex. contact avec une source de chaleur ou des substances dangereuses, écrasement contre un objet ou heurt par un objet, collision, contact avec un objet coupant ou pointu, coincement ou écrasement par un objet, problèmes d'appareil locomoteur, choc mental, blessure causée par un animal ou par une personne, etc.)* et les objets impliqués *(p. ex. mobilier, équipement informatique, surface de circulation, etc.)*

**Quels événements déviant par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident**  *(ex. perte de contrôle d'un moyen de transport ou d'un objet, glissage ou chute de personne, action inopportune, faux mouvement, surprise, frayeur, violence, agression, etc.)*.

**Premiers soins :** *(Nom Prénom)*

Donnés le / / par SST  Médecin  Ets Hospitalier

N°, Rue, BP :

Code postal Commune :

Données concernant la prévention

Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle son activité habituelle au sein de sa division, son service ? Oui  Non  Si non, préciser :

Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? Oui  Non  Si non, quelle activité exerçait-elle ? :

Mesures prises ou à prendre pour prévenir de semblables accidents :

**CONSEQUENCES DE L'ACCIDENT :** *(Arrêt ou non du travail)*

La victime n'a pas interrompu le travail :

La victime a interrompu son travail le / / pour une durée *(approximative)* de jours

**Affectation possible sur un poste adapté :** Oui  Non

**Mesures prises ou à prendre pour prévenir de semblables accidents :**

**Déclarant** *(nom et qualité)* : ………...........................................................

**A**………………………………….. **le** ……/……/……… **Signature :**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Information du CHSCT** *(Nom Prénom)* : ………...........................................................

**Date : le** ……/……/………

Fiche d'accident - année ………….. Classement n° ………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pris en charge par le Responsable Sécurité** *(nom et qualité)* : ………...........................................................

**A**………………………………….. **le** ……/……/……… **Signature :**