



Déclaration d'accident de service ou de maladie professionnelle

Victime

N° Sécurité Sociale

Date de Naissance ____ / ____ / ____

Sexe M F

NOM, Prénom

(Suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille)

Adresse

Code postal Ville

Service :

Profession :

Agent : Titulaire/ stagiaire Oui Non

Contractuel Oui Non

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ?

Oui

Non

Accident

Accident de service de trajet Maladie Professionnelle

Rechute

en date du : _____

Date de l'accident : _____ Heure de l'accident : _____h _____

Horaire de travail de la victime : de _____h _____ à _____h _____

Lieu précis de l'accident :

Circonstances :

Élément matériel :

Activité ayant causé l'accident :

Siège des lésions :

Côté gauche Côté droit

Nature des lésions :

Déclaration de la victime, du témoin et du tiers

(à remplir par les intéressés)

Déclaration circonstanciée de l'agent (ou de l'employeur en l'absence de l'agent)

Circonstances précises de l'accident (que faisait la victime avant l'accident, que s'est-il passé au moment et après l'accident) :

 Dans le cas d'un Accident d'Exposition au Sang, compléter en plus la page 4 de ce document.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom : Date : [][][][][][][][] Signature :

Témoignage

Y a-t-il des témoins de l'accident ? Oui Non

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nom : Date : [][][][][][][][] Signature :

Tiers (responsable du sinistre)

L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non

NOM, Prénom
(Suivi s'il y a lieu du nom de jeune fille)

Adresse

Code postal Ville

Société d'assurance du tiers

Adresse de l'assurance

Code postal Ville

Nom : Date : [][][][][][][][] Signature :

Un rapport de police a-t-il été établi ? Oui Non

Par qui ?

(Si oui, joindre une copie du rapport avec la déclaration ou le constat amiable)

A REMPLIR EN CAS D'AES

AES : Accident par exposition au sang ou aux liquides biologiques

DONNÉES DE L'AGENT

1. Ancienneté dans le service

2. Statut vaccinal Hépatite B

1. vacciné 2. en cours de vaccination
 3. non vacciné

3. Statut immunitaire Hépatite B

1. immunisé 2. non immunisé 3. inconnu

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

4. Nature de l'exposition

1. piqûre superficielle
 2. piqûre profonde
 3. coupure superficielle
 4. coupure profonde
 5. projection dans les yeux
 6. projection sur le visage
 7. projection sur peau lésée

Vous pouvez cocher plusieurs cases (3 au maximum).

5. Mécanisme de l'accident

6. Matériel en cause (type; marque; référence; volume....)

7. Matériel de sécurité

1. oui 2. non

8. Si matériel de sécurité, avait-il été activé ?

1. oui 2. non

La question n'est pertinente que si Matériel de sécurité = "oui"

PREVENTION

9. Lors de l'accident, portiez-vous des gants ?

1. oui 2. non 3. sans objet (inutile pour la tâche)

10. Si oui

1. 1 paire 2. 2 paires 3. gants spéciaux

La question n'est pertinente que si Port de gants = "oui"

11. Aviez-vous un collecteur à portée de main ?

1. oui 2. non 3. sans objet (inutile pour la tâche)

12. Prévention des projections sur le visage ?

1. oui 2. non 3. sans objet (inutile pour la tâche)

La question n'est pertinente que si Protection visage / projections = "oui"

13. De quel type ?

1. masque 2. lunettes de protection
 3. masque-visière 4. autre (précisez)

REACTION A L'ACCIDENT

14. Lavage des mains

1. oui 2. non

15. Application d'un antiseptique

1. oui 2. non

16. Rincage abondant (NaCl 0,9%)

1. oui 2. non

La question n'est pertinente que si Nature de l'exposition = "projection dans les yeux" ou Nature de l'exposition = "projection sur le visage"

17. Examen sérologique initial réalisé

1. oui 2. non

18. Traitement prophylactique initié

1. oui 2. non

ANALYSE DE L'ACCIDENT

A effectuer en collaboration avec le cadre de santé

19. Recherche des causes de l'accident

20. Actions d'amélioration identifiées