

région **BOURGOGNE**
FRANCHE-COMTÉ

Raison sociale : Conseil Régional de BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ Ville : Code postal :
 Numéro de SIRET : 200 053 726 00010 Contact dans la collectivité :
 Téléphone du contact : Direction / Lycée :

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

Code grade : Cadre emploi : Fonction :
 Catégorie hiérarchique ☐ A ☐ B ☐ C Filière⁽¹⁾

--	--

⁽¹⁾ Voir codification au verso de la liasse

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) : _____

Observations éventuelles de la hiérarchie : _____

Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? ☐ OUI ☐ NON

<input type="checkbox"/> Maladie professionnelle	Numéro MP	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: flex; justify-content: space-between;"> </div>	(réservé administration)
--	-----------	--	-----------------------------

Préciser le nom des produits, des gestes répétés et/ou du matériel utilisé, susceptibles d'être à l'origine de la maladie professionnelle

Les fonctions occupées par l'agent à l'origine de la maladie étaient-elles ?

☐ Occasionnelles ☐ Permanentes

Date d'entrée dans cette mission

Date de cessation de cette mission

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? ☐ OUI ☐ NON

Date du premier jour d'arrêt* Date du dernier jour d'arrêt*

* A compléter à l'aide des certificats médicaux fournis par l'agent

La hiérarchie reconnaît-elle administrativement l'imputabilité au service de l'accident ? ☐ OUI ☐ NON

Observations éventuelles :

Le :
[signature]

MESURES DE PRÉVENTION

AVANT « Ce qui se passait avant l'accident »

Activité lors de 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 »

Elément matériel

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 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 a-t-elle un sauveteur secouriste ?

☐

OUI

☐

NON

La collectivité a-t-elle un assistant de prévention ?

☐

OUI

☐

NON

Propositions d'améliorations (par l'agent, la hiérarchie, l'assistant de prévention...)

à moyen ou long terme :

Œil

Thorax

Epaule, bras, coude

Main

Hanche, cuisse

Pied

Tête

Cou, colonne

Abdomen, bassin

Avant-bras, poignet

Genou, jambe, cheville

Sièges multiples

Témoin de l'accident « La personne qui a VU l'accident » :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Contusion

☐

Fracture, fêlure

☐

Brûlure, gelure et électrocution

☐

Plaie et piqûre

☐

Hernie

☐

Ecrasement et amputation

☐

Entorse, luxation et lumbago

☐

Lésion nerveuse

☐

Intoxication, asphyxie et noyade

☐

Déchirure ou douleur musculaire

☐

Corps étranger (éclat, sang...)

☐

Polytraumatisme

☐

Inflammation et dermite

☐

Blessure interne

☐

Malaise (cardiaque...)

☐

Trouble psychologique

☐

CODIFICATION DES FILIÈRES

FILIÈRES	
AD	Administrative
CU	Culturelle
AN	Animation
SA	Sanitaire et sociale
SP	Sportive
SE	Sécurité
TE	Technique

Signature de l'agent

☐ j'accepte que la collectivité, dans le cadre de la gestion de mon dossier, collecte des données de santé concernant cette déclaration.

Fait à :

le :

Signature :

L'autorité territoriale :

Fait à :

le :

Signature :

CODIFICATION DES ACCIDENTS

ACTIVITÉ LORS DE L'ACCIDENT	
1	Travail administratif
2	Formation
3	Accueil, surveillance, contrôle, activité scolaire et périscolaire
4	Restauration collective
5	Nettoyage des locaux
6	Maintenance des locaux
7	Maintenance et réparation du matériel
8	Entretiens des espaces verts et de l'environnement
9	Chantier de bâtiment
10	Travail sur la voirie
11	Circulation et transport
12	Transport, lavage et stockage du linge
13	Collecte et traitement des ordures ménagères et déchets
14	Traitement des eaux, réseau d'assainissement
15	Incendie, secours et autre intervention

ÉLÉMENT MATÉRIEL	
A	Chute ou glissement de plain-pied ou avec faible dénivellation
B	Chute de hauteur
C	
D	Effort de soulèvement, manutention de charge
E	Machine et appareil
F	Objet à main
G	Instruments coupants, piquants ou tranchants souillés
H	Instruments coupants, piquants ou tranchants non souillés
I	Produits toxiques, nocifs ou irritants
J	Objet ou masse en mouvement
K	Projection de matières
L	Agression animale
M	Agression, violence, maladie agitée
N	Produit ou appareil chaud ou froid
O	Rayonnements, radiations
P	Gaz ou liquide sous pression
Q	Phénomène thermique, incendie, explosion
R	Électricité
S	Véhicule ou engin
T	Effort intense
U	Exposition au sang et liquides physiologiques
V	Autres

XG2253-v01 - 02/2016

COMPLEMENT D'INFORMATIONS POUR L'EMPLOYEUR

Description de l'accident : _____

Activité
Autre
Déplacement piéton
Déplacement routier
Travail d'entretien / maintenance
Espaces verts
Livraison
Maintenance informatique
Nettoyage
Plonge
Préparation des repas
Service self
Magasinage
Travaux de lingerie
Travail administratif

Lieux
Atelier
Autres
Bureau
CDI
Chantier extérieur travaux collègue
Couloir
Cour
Escalier
Gymnase
Internat
Lingerie
Local technique, stockage
Parking interne
Salle de cours
Salle des professeurs

Circonstances
Agression
Aiguille / piqûre
Accident de la route
Autre
Chute de hauteur
Chute de plain-pied
Effort de soulèvement
Faux mouvement
Glissade
Heurt mobilier
Manipulation
Mouvement
Machine ou outil portatif
Objet / masse en mouvement accidentel
Produit/appareil chaud-froid
Produit chimique
Outil à main

Cocher la case correspondante

Parties réservées à l'assistant de prévention régional :

Mesures de prévention proposées immédiatement après l'accident : _____

Mesures générales proposées : _____

L'analyse de l'accident par la méthode de l'arbre des causes est-elle nécessaire : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, en interne ☐, elle devra être réalisée par un groupe de travail réunissant au minimum la victime (si présente), le(s) témoin(s), le supérieur hiérarchique, l'assistant de prévention. Cette analyse fera l'objet d'un compte rendu transmis à la DRH.

Si oui, en externe ☐, par une délégation du CHSCT. L'établissement sera contacté pour en fixer les modalités.

Signature de l'assistant de prévention

Signature de l'établissement