



SERVICE INSTANCES MÉDICALES

COMMISSION DE REFORME DEPARTEMENTALE DU CENTRE DE GESTION 13

RAPPORT HIERARCHIQUE ET ENQUETE ADMINISTRATIVE

Cadre 1

L'EMPLOYEUR

Collectivité :

Adresse complète :

Code postal :

Ville :

☎ :

Cadre 2

IDENTIFICATION DE L'AGENT

Madame

Monsieur

NOM :

Prénom(s) :

NOM de jeune fille :

Né(e) le :

Adresse complète :

Code postal :

Ville :

N° Sécurité Sociale

Clé

N° d'affiliation CNRACL

Nombre d'heures hebdomadaires :

Statut : Stagiaire

Titulaire

Service : Grade :

Fonctions :

(Joindre impérativement la fiche de poste).

Cadre 3

TYPE DE DECLARATION

- Accident de Service Accident de Trajet Maladie Professionnelle

 (Se rendre directement au cadre 8)

Cadre 4

DATE ET HEURE DE L'ACCIDENT

Date de l'accident : Heure de l'accident : h min

Horaires de travail de l'agent le jour de l'accident :

Horaires normaux de :h... àh.... (Matin) de :h.... àh.... (Après-midi)

Horaires exceptionnels de :h.... àh.... (Matin) de :h.... àh.... (Après-midi)

Accident déclaré le : àh.... min

Par : L'autorité territoriale Un agent de la collectivité Déclaration de la victime

LIEU DE L'ACCIDENT

- Sur le lieu de travail habituel (bureau, service, atelier)
- Sur un lieu de travail occasionnel
- Lors d'un déplacement pour le compte de la collectivité
- Sur le trajet A/R entre le domicile et le lieu de travail
- Sur le trajet A/R entre le lieu de prise habituelle des repas et le lieu de travail

Lieu précis de l'accident :

DEROULEMENT DE L'ACCIDENT

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Travail administratif | <input type="checkbox"/> Collecte et traitement des ordures ménagères et déchets |
| <input type="checkbox"/> Formation | <input type="checkbox"/> Traitement des eaux, réseau d'assainissement |
| <input type="checkbox"/> Activité scolaire et périscolaire | <input type="checkbox"/> Intervention à domicile |
| <input type="checkbox"/> Restauration collective | <input type="checkbox"/> Incendie, secours, interventions |
| <input type="checkbox"/> Nettoyage des locaux | <input type="checkbox"/> Activité funéraire |
| <input type="checkbox"/> Maintenance des locaux | <input type="checkbox"/> Actes de soins |
| <input type="checkbox"/> Maintenance et réparation du matériel | <input type="checkbox"/> Mobilisation et transfert d'un individu |
| <input type="checkbox"/> Entretien des espaces verts | <input type="checkbox"/> Préparation de substances chimiques et/ou toxiques |
| <input type="checkbox"/> Chantier de bâtiment | <input type="checkbox"/> Tâches de laboratoire |
| <input type="checkbox"/> Travail sur la voirie | <input type="checkbox"/> Autres, préciser : |
| <input type="checkbox"/> Circulation et transport | |
| <input type="checkbox"/> Lavage et stockage du linge | |

Circonstances précises et détaillées de l'accident :

Victime transportée : Oui Non

Si oui,

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Par les services de secours (pompiers, ambulance,...) | <input type="checkbox"/> à l'hôpital / la clinique |
| <input type="checkbox"/> Par un agent de la collectivité | <input type="checkbox"/> chez un médecin |
| <input type="checkbox"/> Par une tierce personne | <input type="checkbox"/> à son domicile |
| <input type="checkbox"/> Par ses propres moyens | <input type="checkbox"/> Autre: ... |

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

Si oui, combien ?

La victime travaillait : Seule En équipe
L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ? Oui Non

Date début d'arrêt : Date fin d'arrêt :

L'accident a-t-il entraîné une hospitalisation ? Oui Non
L'accident a-t-il entraîné un décès ? Oui Non
L'accident a-t-il été causé par un tiers ? Oui Non

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

Si oui, par qui ?.....

Des soins ont-ils été dispensés à la victime ? Oui Non

Si oui, par qui (personnel collectivité, SST, organisme de secours...) ?

Existe-t-il un ou des témoins de l'accident ? Oui Non

NOM : Prénom :

NOM : Prénom :

NOM : Prénom :

Tiers en cause :

NOM : Prénom :

NOM : Prénom :

NOM : Prénom :

Cadre 5

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

AVANT	PENDANT	APRES
<u>Mission effectuée le jour de l'accident :</u> 	<u>Environnement :</u> <input type="checkbox"/> Pluie <input type="checkbox"/> Brouillard <input type="checkbox"/> Poussière <input type="checkbox"/> Neige <input type="checkbox"/> Chaleur <input type="checkbox"/> Froid <input type="checkbox"/> Verglas <input type="checkbox"/> Vent <input type="checkbox"/> Bruit Autre(s) : ...	Mesures immédiates de prévention (pour éliminer le risque et soustraire la victime du danger) :
<u>Que faisait la victime juste avant l'accident :</u> 	<u>Existe-t-il un équipement de protection ?</u> Collectif <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Individuel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, l'a-t-il utilisé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Des mesures de prévention sont-elles envisagées pour éviter que ce genre d'accident ne se reproduise ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, lesquelles : ...
<u>La tâche au moment de l'accident était-elle :</u> <input type="checkbox"/> Habituelle <input type="checkbox"/> Nouvelle <input type="checkbox"/> Consécutives à une anomalie	<u>La protection était-elle adaptée ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<u>Enquête ouverte après l'accident ?</u> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, par qui ?...

Cadre 6

ELEMENT(S) MATERIEL(S) INCRIMINE(S)

<input type="checkbox"/> Chute ou glissade de plein pied ou avec une faible dénivellation	<input type="checkbox"/> Agression animale
<input type="checkbox"/> Chute de hauteur	<input type="checkbox"/> Agression, violence
<input type="checkbox"/> Effort de manutention de malade	<input type="checkbox"/> Produit ou appareil chaud ou froid
<input type="checkbox"/> Effort de soulèvement, manutention de charge	<input type="checkbox"/> Rayonnements, radiations
<input type="checkbox"/> Machine et appareil	<input type="checkbox"/> Gaz ou liquide sous pression
<input type="checkbox"/> Objet à main	
<input type="checkbox"/> Instruments coupants, piquants ou tranchants souillés	<input type="checkbox"/> Phénomène thermique, incendie, explosion
<input type="checkbox"/> Instruments coupants, piquants ou tranchants non souillés	<input type="checkbox"/> Electricité
<input type="checkbox"/> Produits toxiques, nocifs ou irritants	<input type="checkbox"/> Effort intense
<input type="checkbox"/> Objet ou masse en mouvement	<input type="checkbox"/> Exposition au sang ou liquide physiologique
<input type="checkbox"/> Projection de matière	<input type="checkbox"/> Autre(s) :

Cadre 7

NATURE ET SIEGE DES BLESSURES (Joindre le certificat médical initial)

Latéralité de l'agent : Droitier Gaucher Sans objet

Siège des lésions

<input type="checkbox"/> Œil	→	←	<input type="checkbox"/> Tête
<input type="checkbox"/> Thorax	→	←	<input type="checkbox"/> Cou, colonne
<input type="checkbox"/> Epaule, bras, coude	→	←	<input type="checkbox"/> Abdomen, bassin
<input type="checkbox"/> Main	→	←	<input type="checkbox"/> Avant-bras, poignet
<input type="checkbox"/> Hanche, cuisse	→	←	<input type="checkbox"/> Genou, jambe, cheville
<input type="checkbox"/> Pieds	→	←	<input type="checkbox"/> Sièges multiples

Nature des lésions

<input type="checkbox"/> Contusion, hématome	<input type="checkbox"/> Lésion musculaire, tendineuse, hernie ou éventration	<input type="checkbox"/> Malaise avec perte de connaissance
<input type="checkbox"/> Douleur musculaire	<input type="checkbox"/> Fracture, fêlure	<input type="checkbox"/> Malaise sans perte de connaissance
<input type="checkbox"/> Piqûre	<input type="checkbox"/> Présence de corps étranger	<input type="checkbox"/> Troubles psychologiques
<input type="checkbox"/> Plaie	<input type="checkbox"/> Brûlure, gelure	<input type="checkbox"/> Troubles sensoriels
<input type="checkbox"/> Entorse, luxation	<input type="checkbox"/> Écrasement, amputation	<input type="checkbox"/> Lésion nerveuse ou neurologique
<input type="checkbox"/> Tendinite, arthrite	<input type="checkbox"/> Intoxication	<input type="checkbox"/> Autre(s), préciser :
<input type="checkbox"/> Lumbago	<input type="checkbox"/> Asphyxie, noyade	
<input type="checkbox"/> Sciatique, hernie discale	<input type="checkbox"/> Traumatismes multiples	
<input type="checkbox"/> Tassement vertébral		

Cadre 8

CONSEQUENCES DE LA MALADIE PROFESSIONNELLE

La maladie a eu comme conséquence(s) : Un arrêt de travail Un décès
 Une hospitalisation Autre(s), préciser : ...

Date début d'arrêt :

Date fin d'arrêt :

Durée de l'hospitalisation :

CONDITIONS DE TRAVAIL SUSCEPTIBLES D'ÊTRE A L'ORIGINE DE LA MALADIE

- Rayonnements et/ou radiation
- Produits dangereux (toxique, irritant, nocif,...)

NOM(S) du ou des produits :

- Poussières diverses (poussières de bois, silice, plomb, amiante,...)
- Ambiance bruyante
- Produits biologiques (sang, eaux usées,...)
- Travail pénible (manutentions fréquentes, lourdes et/ou répétitives, et/ou prolongées)
- Ergonomie au poste de travail
- Mauvaise posture au poste de travail
- Effort intense
- Agent infectieux
- Autre(s) :

Les fonctions occupées par l'agent étaient-elles ?

- Occasionnelles Habituelles

Fait à :

Le :

--	--	--

Signature de l'agent

Fait à :

Le :

--	--	--

NOM et Prénom :

Signature et cachet de l'Autorité Territoriale

RAPPORT HIERARCHIQUE SUITE A L'ENQUÊTE ADMINISTRATIVE

Si des mesures de prévention ont été prises, précisez lesquelles :

Avis motivé de l'Autorité Territoriale :

Conclusion de l'enquête administrative : Imputable Non imputable

Le rapport hiérarchique est lu et approuvé dans la totalité de ses déclarations.

Fait à :

Le :

--	--	--	--

NOM et Prénom :

Signature et cachet de l'Autorité Territoriale