Enquête administrative de l'accident du travail et de la maladie professionnelle

COLLECTIVITÉ / ÉTABLISSEMENT

Raison sociale : ..... Numéro de SIRET

Adresse : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Contact dans la collectivité/établissement : ..... Téléphone du contact : ..... E-mail du contact : .....

AGENT

Numéro de SS Date de naissance :

Nom : ..... Prénom : .....

Latéralité de l'agent : ☐ **Droitier** ☐ **Gaucher**

Date d'entrée dans la collectivité/établissement : Date d'embauche dans la fonction publique :

STATUT

☐ **AGENTS AFFILIÉS À LA CNRACL**

N° CNRACL :

☐ Titulaire ☐ Stagiaire

☐ Temps complet ☐ Temps partiel Taux activité :

☐ Temps non complet Nb heures travaillées/mois : h mn

☐ **AGENTS NON AFFILIÉS À LA CNRACL/IRCANTEC** ☐ **AGENTS OPH**

☐ Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Agent contractuel de droit public

☐ + 150 h/trimestre* ☐ - 150 h/trimestre*

**Tous employeurs confondus*

SERVICE ET GRADE Code grade : Cadre emploi : ..... Service (codification interne) : .....

Métier : ..... Catégorie hiérarchique ☐ A ☐ B ☐ C Filière - -

ACCIDENT DE SERVICE

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) : .....

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

☐ OUI ☐ NON ☐ Doute

Observations éventuelles de la hiérarchie :

Nom du médecin de médecine préventive :

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

PÉRIODES D'ARRÊT DE TRAVAIL

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

Date du premier jour d'arrêt*

Date du dernier jour d'arrêt*

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

MALADIE PROFESSIONNELLE

☐ Maladie professionnelle Numéro MP

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

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

☐ Occasionnelles ☐ Permanentes

Date d'entrée dans cette fonction

Date de cessation de cette fonction

MESURES DE PRÉVENTION

AVANT « *Ce qui se passait avant 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* »

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 détaillé : 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/établissement a-t-elle un sauveteur secouriste ?..... ☐ OUI ☐ NON

La collectivité/établissement a-t-elle un assistant ou conseiller prévention ?..... ☐ OUI ☐ NON

Propositions d'améliorations à moyen ou long terme : (par l'agent, la hiérarchie...)

Codification : Accédez au référentiel. Vous êtes une collectivité : http://bit.ly/referentiel-prorisq-territorial
Vous êtes un établissement de santé : http://bit.ly/referentiel-prorisq-sante

Tâche exercée : .....

Élément matériel : .....

Facteur potentiel : .....

Pathologie : .....

Nature des lésions : .....

Siège des lésions : .....

Parcours : .....

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

Nom : ..... Prénom : .....

Adresse :

Téléphone : ..... E.mail : .....

L'autorité territoriale/hospitalière :

Fait à .....

Le : .....

Signature :

Signature de l'agent :

Fait à .....

Le : .....

Signature :

XG1438-v10 - 10/2018

Protection des données personnelles. Notre collectivité/établissement, en sa qualité de responsable du traitement au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016), met en œuvre des traitements de données à caractère personnel vous concernant en application des dispositions du Statut de la Fonction Publique. Les traitements mis en œuvre ont pour finalité la gestion des arrêts de travail. Les données collectées sont destinées aux services concernés de la collectivité/de l'établissement ainsi que, le cas échéant, et uniquement pour les données qui les concernent, à la Commission de réforme, à l'assureur des risques statutaires et au courtier gestionnaire, ainsi qu'à la CDC. La collecte de ces données a un caractère règlementaire. Vos réponses à l'ensemble des rubriques est obligatoire ; à défaut, votre collectivité/établissement employeur pourrait ne pas être en mesure de se prononcer sur l'imputabilité de l'évènement. Ces données seront conservées pendant une durée de dix ans. En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de vos données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès. Sauf exceptions particulières liées à la nature du traitement, vous disposez également du droit à la portabilité des données. Vous pouvez exercer ces droits, en justifiant de votre identité, en contactant la collectivité/l'établissement employeur, responsable du traitement, ou son DPO, par courrier postal à l'adresse mentionnée au 1er cadre du présent document. Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès d'une Autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles : C.N.I.L., 3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 paris cedex 07 / Tel : 01.53.73.22.22