

DÉCLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE SERVICE, DE MALADIE PROFESSIONNELLE OU À CARACTERE PROFESSIONNEL

Mise à jour : février 2023

Article 25 du décret n° 85-603 du 10 juin 1985 modifié relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale : « Le service de médecine préventive est informé par l'autorité territoriale dans les plus brefs délais de chaque accident de service et de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel ».

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de la collectivité :

Date :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Nom du médecin du travail de la collectivité :

Si vous relevez du comité social territorial (CST) du Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale du Puy-de-Dôme et de sa formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail, acceptez-vous que cette déclaration soit portée à la connaissance de cette instance à des fins statistiques et pouvant, le cas échéant, donner lieu à une enquête selon des critères de gravité et/ou de répétitivité ?

Oui

Non

Si vous adhérez aux missions relatives à la santé et la sécurité au travail du Centre de Gestion (option 1 ou 2), souhaitez-vous un accompagnement dans votre démarche d'enquête et de recherche de solutions ?

Oui

Non

DONNÉES CONCERNANT L'ACCIDENT OU LA MALADIE PROFESSIONNELLE

LA VICTIME

Prénom NOM :

Sexe :

Femme

Homme

Âge :

ans

Service :

Poste :

Filière (administrative, technique, culturelle...) :

Catégorie (A/B/C) :

Grade :

Date de prise de fonction sur le poste :

L'ACCIDENT DE SERVICE

Date de l'accident :

Heure de l'accident :

Horaire de travail le jour de l'accident :

de à et de à

Présence de témoin(s) : Oui Non

Téléphone :

Courriel :

Les circonstances : (description de(s) élément(s) matériel(s), lieu, actions réalisées, outils, présence d'équipements de protection, etc...)

Les conséquences de la maladie professionnelle :

Lésions mentionnées sur le certificat médical initial :

LE(S) SIÈGE(S) DES LÉSIONS

Tête	Yeux	Bras	Poignet	Doigt	Dos
Ventre	Cuisse	Genoux	Mollet	Cheville	Orteil

Autres à préciser :

La victime a-t-elle eu un arrêt de travail ?

Oui Non

Si oui, durée de l'arrêt :

jour(s)

La victime a-t-elle repris le travail ?

Oui Non

LES RISQUES PROFESSIONNELS :

Merci de préciser à quel risque professionnel majeur est associé.e cet accident ou cette maladie :

Chute de plain-pied	Aération et assainissement de l'air
Chute de hauteur	Risque électrique
Effondrement et chutes d'objets	Incendie - Explosion
Manutention manuelle	Risques liés à l'éclairage
Ergonomie	Utilisation d'écran
Risque routier - conduite d'engins	Risques liés aux ambiances climatiques et thermiques
Circulation piétonne	Risque biologique

Risques liés aux machines et outils	Manque d'hygiène
Bruit	Rayonnement
Vibrations	Entreprises extérieures
Risques chimiques	Agressions
Amiante	Risques psychosociaux

LA MALADIE PROFESSIONNELLE (le cas échéant) :

Nature de la maladie professionnelle (en référence aux tableaux du régime générale ou du régime agricole des maladies professionnelles et dans la limite du secret médical) :

ORGANISATION DE LA PRÉVENTION DANS LA COLLECTIVITÉ

Désignation d'un.e assistant.e de prévention :

Oui Non

Si oui, Prénom et NOM :

Présence de personnes formées aux premiers secours dans l'équipe :

Oui Non

Si oui, nombre : Prénom(s) et NOM(S) :

Réalisation d'un Document Unique dans la collectivité et sur cette unité de travail :

Oui Non

Si oui, date de dernière mise à jour :

Réalisation d'un plan annuel de formation au sein de la collectivité :

Oui Non

ACTIONS CORRECTIVES MISES EN PLACE SUITE À L'ACCIDENT OU LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Des mesures immédiates, pour éviter la réapparition de cet événement, ont-elles été prises ?

Oui Non

Si oui, lesquelles :