

# Déclaration d'accident LAA

En cas d'accident professionnel, merci de compléter les informations de la page 2

- Accident  
 Dommage dentaire  
 Maladie professionnelle  
 Rechute

<b>Blessé</b>	Nom et prénom	Matricule
	Fonction <input type="checkbox"/> Cadre sup. <input type="checkbox"/> Cadre moyen <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire	
<b>Date l'accident</b>	Jour, mois, année	Heure, minute
<b>Lieu de l'accident</b>	Où l'accident est-il survenu ? ( <b>lieu, endroit</b> )	
<b>Description de l'accident</b>	Déroulement de l'accident : ( <b>où ? quand ? comment ? avec qui ou avec quoi ?</b> )	
<b>Constatations</b>	Qui a procédé aux constatations ?	Nom des témoins
	Une enquête est-elle désirée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Ont-ils été entendus ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<b>Accident non professionnel</b>	Dernière journée de travail avant l'accident ?	Heure, minute
	<b>Jour, mois, année</b> Avez-vous un autre employeur ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, pour quel employeur avez-vous travaillé en dernier avant l'accident :	
<b>Blessure</b>	Partie du corps atteinte ? ( <b>gauche/droite</b> )	Nature de la lésion
<b>Incapacité de travail</b>	Travail interrompu à la suite de l'accident ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Si oui, depuis quand ? _____	
	Si le travail a été repris, depuis quand ? _____	
<b>Adresses médecins</b>	Premiers soins par : ( <b>adresse complète</b> )	Suite du traitement par :
	_____	_____
<b>Assurance maladie</b>	Nom et adresse de la caisse maladie ? ( <b>adresse complète</b> )	
_____		

Lieu et date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_

## A compléter par le Service des ressources humaines :

<b>Visa SRH</b>	SW	MG	YP	<b>ALFA</b>	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SW	<input type="checkbox"/>
<b>Annonce DP AI</b>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Surveiller l'évolution		

## Informations complémentaires

**à remplir UNIQUEMENT en cas d'accident professionnel**

**(mettre une croix en face de la description qui convient)**

<b>A. Circonstances de l'évènement</b>	
<input type="checkbox"/>	Glissade, chute, faux pas
<input type="checkbox"/>	Chute de personnes
<input type="checkbox"/>	Marcher dans quelque chose
<input type="checkbox"/>	Etre happé, aspiré
<input type="checkbox"/>	Etre coincé, écrasé
<input type="checkbox"/>	Etre atteint
<input type="checkbox"/>	Etre enseveli
<input type="checkbox"/>	Heurter quelque chose, se cogner
<input type="checkbox"/>	Se faire heurter, renverser, écraser
<input type="checkbox"/>	Se couper, se piquer
<input type="checkbox"/>	Surcharge lors de la manutention de charges
<input type="checkbox"/>	Atteinte à la santé due à une mauvaise posture
<input type="checkbox"/>	Atteinte à la santé due à des agents physiques (bruit, vibrations, rayonnement, ...)
<input type="checkbox"/>	Effet dû à des animaux (morsure, piqûre, etc.)
<input type="checkbox"/>	Contact avec des substances nuisibles
<input type="checkbox"/>	Contact avec des fluides chauds et froids
<input type="checkbox"/>	Etre atteint par une explosion, se brûler
<input type="checkbox"/>	Entrer en contact avec le courant électrique
<input type="checkbox"/>	Se noyer
<input type="checkbox"/>	Activité non classable

<b>B. Activité au moment de l'évènement</b>	
<input type="checkbox"/>	Travaux manuels sans outils
<input type="checkbox"/>	Travaux manuels avec outils
<input type="checkbox"/>	Travaux avec des machines
<input type="checkbox"/>	Préparation du travail
<input type="checkbox"/>	Dépannage, réparation
<input type="checkbox"/>	Travaux d'entretien, maintenance
<input type="checkbox"/>	Travaux de développement, essais
<input type="checkbox"/>	Emballer, déballer
<input type="checkbox"/>	Manutention de charges (y c. chargement, déchargement)
<input type="checkbox"/>	Transport de charges avec engins fixes
<input type="checkbox"/>	Transport de charges avec engins mobiles
<input type="checkbox"/>	Garer, manoeuvrer
<input type="checkbox"/>	Nettoyer, ranger
<input type="checkbox"/>	Se laver, changer de vêtements
<input type="checkbox"/>	Faire une pause, se nourrir
<input type="checkbox"/>	Sport, jeu dans le cadre d'une activité prof.
<input type="checkbox"/>	Altercation, se quereller
<input type="checkbox"/>	S'occuper d'animaux vivants
<input type="checkbox"/>	Activité non classable