

Déclaration d'accident LAA

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

- Accident
 Dommage dentaire
 Maladie professionnelle
 Rechute

Blessé	Nom et prénom	Matricule
	Téléphone privé	Mail privé
	Fonction <input type="checkbox"/> Cadre sup. <input type="checkbox"/> Cadre moyen <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Apprenti <input type="checkbox"/> Stagiaire	
Date l'accident	Jour, mois, année	Heure, minute
Lieu de l'accident	Où l'accident est-il survenu ? (lieu, endroit)	
Description de l'accident	Déroulement de l'accident : (où ? quand ? comment ? avec qui ou avec quoi ?)	
Constatations	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
Accident non professionnel	Dernière journée de travail avant l'accident ?	
	Jour, mois, année _____ 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 : _____	Heure, minute _____
Blessure	Partie du corps atteinte ? (gauche/droite)	Nature de la lésion
Incapacité de travail	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 ? _____ Si le travail n'a pas été repris, durée probable de l'incapacité ? <input type="checkbox"/> < 1 mois <input type="checkbox"/> > 1 mois <input type="checkbox"/> > 2 mois	
Adresses médecins	Premiers soins par : (adresse complète)	Suite du traitement par :
	_____	_____
Assurance maladie	Nom et adresse de la caisse maladie ? (adresse complète)	

Lieu et date : _____

Signature : _____

Informations complémentaires

à remplir UNIQUEMENT en cas d'accident professionnel

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

A. Circonstances de l'évènement	
<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. Activité au moment de l'évènement	
<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