

A remplir immédiatement après l'accident et à fournir au service R.H. qui établira la déclaration d'accident de travail auprès de la sécurité sociale.

AGENT VICTIME DE L'ACCIDENT

Numéro de sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sexe : F M

Nom :

Prénom :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

LATERALITE droitier gaucher

STATUT CDI CDD

FONCTION

FILIERE DE TRAVAIL administrative AD animation AN logistique LO soignante SO

DATE, HEURE ET LIEU DE L'ACCIDENT

Accident de travail Accident de trajet

Date de l'accident : |_|_| |_|_| |_|_|

Heure de l'accident : |_|_| h |_|_|

Horaire de travail le jour de l'accident :
Deh..... àh..... et deh..... àh.....

Lieu de travail :
 habituel occasionnel
 trajet entre le domicile et le lieu de travail

SUITE DE L'ACCIDENT (Cadre réservé au service R.H.)

L'accident a-t-il entraîné une hospitalisation ?
 Oui Non

L'accident a-t-il entraîné un arrêt de travail ?
 Oui Non

Date de l'arrêt initial : |2|2| |1|0| |1|4|

Date du dernier jour d'arrêt : |3|0| |1|1| |1|4|

DEROULEMENT DE L'ACCIDENT

Lieu de l'accident (ex : chambre d'un résident, salle de bains, couloir...): **chambre d'une résidente Mme X**

Circonstances précises de l'accident :
en effectuant une toilette au lit de la résidente, l'agent s'est fait mal au dos en pivotant la résidente.

Nature des lésions : **douleurs au niveau du dos**

L'accident a-t-il été causé par un tiers ?
 Oui Non

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

Si oui, précisez le nom de la personne :
.....

TEMOIN (à compléter par la personne qui a vu l'accident)

Nom : Prénom :

Fonction :

Circonstances détaillées :

.....

.....

Signature du témoin

MESURES DE PREVENTION

AVANT « ce qu'il s'est passé avant l'accident »

Activité avant l'accident : I_ |2| * Sur quelle tâche plus précisément avez-vous travaillé? **Toilette au lit d'une résidente**

Cette tâche était-elle ? nouvelle pour vous habituelle pour vous imprévue urgente

PENDANT « ce qu'il s'est passé au moment de l'accident »

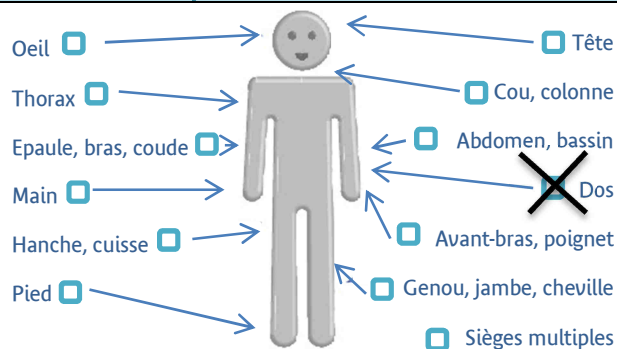
Élément matériel : IBI * Récit de l'accident : **en effectuant la toilette au lit, l'agent a pivoté le résident pour lui laver le dos. En la basculant, l'agent s'est coincé le dos.**

APRES « 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 bénéficié de premiers soins de la part d'un personnel de l'établissement ? oui non

Proposition d'amélioration (par l'agent, par la hiérarchie...) à moyen ou long terme : **dans le plan de soins de Mme X, il est précisé aux agents, d'effectuer la toilette au lit à deux soignants. Le jour de l'accident, il n'y avait pas eu de réorganisation de postes. Des consignes ont été établies afin d'éviter aux agents de se blesser.**



ACTIVITE LORS DE L'ACCIDENT*

- 1 Acte de soins
- 2 Hygiène du résident
- 3 Mobilisation et transfert d'un résident
- 4 Rangement du matériel
- 5 Nettoyage du matériel de soins
- 6 Maintenance des locaux
- 7 Maintenance et réparation du matériel
- 8 Collecte et traitement des ordures ménagères et déchets
- 9 Lavage et stockage du linge
- 10 Animation avec un résident
- 11 Travail administratif
- 12 Formation
- 13 Incendie, secours et autre intervention
- 14 Autre (précisez)

ELEMENT MATERIEL*

- A Chute ou glissade
- B Effort de manutention d'un résident
- C Effort de manutention de charge
- D Appareil chaud ou froid
- E Instruments coupants, piquants ou tranchants
- F Produits toxiques ou irritants
- G Troubles du comportement d'un résident
- H Agressivité d'une famille
- I Electricité
- J Exposition au sang
- K Autre (précisez)

Cadre réservé au service R.H. / Gestion des risques :

Accident connu le I2|1| I1|0| I1|4| par X.....

Inscription au registre des AT sous le numéro I_ |2|1|

La hiérarchie reconnaît-elle administrativement l'imputabilité au service de l'accident : oui non

Observation éventuelle : **Respecter les consignes données par l'équipe de direction et utiliser le matériel mis à disposition des soignants.**

Agent accidenté :

Fait à Beauchalot

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature

Service R.H. :

Fait à Beauchalot

Le |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Signature

Nom :
Fonction :
Visa :

Rédacteur
Audrey TINNES,
Assistante de direction

Validation
Sylvie LACOSTE,
Directrice

Conformité à la gestion
qualité
Audrey TINNES,
Chargée Qualité

