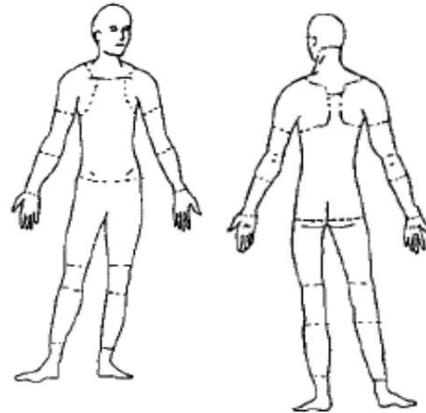


Nature et siège des lésions	
<p>Nature :</p> <p><input type="checkbox"/> Asphyxie</p> <p><input type="checkbox"/> Brûlure</p> <p><input type="checkbox"/> Contusion</p> <p><input type="checkbox"/> Déchirure</p> <p><input type="checkbox"/> Douleur musculaire</p> <p><input type="checkbox"/> Ecrasement</p> <p><input type="checkbox"/> Electrocutation</p> <p><input type="checkbox"/> Entorse</p> <p><input type="checkbox"/> Fracture</p> <p><input type="checkbox"/> Gelure</p> <p><input type="checkbox"/> Hernie</p> <p><input type="checkbox"/> Inflammation cutanée</p> <p><input type="checkbox"/> Intoxication</p> <p><input type="checkbox"/> Lésions généralisées</p> <p><input type="checkbox"/> Lésion nerveuse</p> <p><input type="checkbox"/> Malaise</p> <p><input type="checkbox"/> Perte de membre</p> <p><input type="checkbox"/> Piqûre</p> <p><input type="checkbox"/> Plaie</p>	<p>Siège :</p> <p><input type="checkbox"/> Crâne <input type="checkbox"/> Epaule</p> <p><input type="checkbox"/> Visage <input type="checkbox"/> Bras</p> <p><input type="checkbox"/> Œil <input type="checkbox"/> Coude</p> <p><input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> Avant-bras</p> <p><input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> Poignet</p> <p><input type="checkbox"/> Appareil <input type="checkbox"/> Main</p> <p>auditif <input type="checkbox"/> Doigt</p> <p><input type="checkbox"/> Dos</p> <p><input type="checkbox"/> Colonne <input type="checkbox"/> Cuisse</p> <p>vertébrale <input type="checkbox"/> Genou</p> <p><input type="checkbox"/> Bassin <input type="checkbox"/> Jambe</p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Cheville</p> <p><input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Pied</p> <p><input type="checkbox"/> Organes <input type="checkbox"/> Orteils</p> <p>génitaux</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (préciser) :</p>



Protections, éléments de sécurité au moment de l'accident
Des moyens de protection et/ou de sécurité étaient-ils portés au moment de l'accident :

Premiers secours
<p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, par : Secouriste : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Evacuation : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Moyen d'évacuation :</p>

Mesures immédiates
Mesures prises immédiatement pour faire cesser la situation dangereuse :

 <p>Service Hygiène et Sécurité</p>	Modèle de rapport pour les accidents de service / trajet / maladie professionnelle	Référence : DR 06
		Date de création : 02/12/13
		Date de révision :
		N° de révision :

Saisie du CT-CHSCT	
<p>L'article 33-1 de la loi du 26 janvier 1984 modifiée relative à la Fonction Publique Territoriale dispose que le Comité d'Hygiène Sécurité et Conditions de Travail <u>est consulté</u> à la suite de tout accident mettant en cause l'hygiène ou la sécurité ou ayant pu entraîner des conséquences graves. Cette disposition concerne tous les agents des collectivités territoriales titulaires ou non titulaires, à temps complet ou à temps non complet. Elle a pour objectif d'éviter qu'un tel accident ne se reproduise.</p>	<p>L'article 41 du décret 85-603 du 10 juin 1985 modifié prévoit que le comité <u>procède à une enquête</u> à l'occasion de chaque accident de service ou à chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave, ayant entraîné mort d'homme ou paraissant devoir entraîner une incapacité permanente, ou ayant révélé l'existence d'un danger grave, même si les conséquences ont pu en être évitées ; en cas d'accident de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel présentant un caractère répété à un même poste de travail ou à des postes de travail similaires ou dans une même fonction ou des fonctions similaires.</p>

Témoign(s)	
Nom : Prénom : Fonction :	Nom : Prénom : Fonction :

Fait à : Le : Rédigé par :

Signature de l'agent victime : Signature du/des témoins :

Avis du chef de service
.....

Fait à Le :

Signature du Chef de service:

Avis de l'Autorité territoriale
.....

Fait à Le :

Signature de l'Autorité territoriale : Donne son accord pour saisie du CT-CHSCT :

Oui Non