

Fiche 4.4.4. Modèle de document interne de compte-rendu de l'accident

Compte-rendu d'accident n°

Renseignements sur la victime

Nom : _____ Prénom : _____ Matricule _____
 Service : _____ Heures normales de service : de ... à ...

Renseignements sur l'accident

accident du travail Accident sur le chemin du travail
 Jour : _____ Date : _____ Heure : _____

Responsabilité d'une tierce personne

La victime N'a pas interrompu le travail
 A reçu les premiers soins par :
 A arrêté son travail le (date) : _____ à (heure) :

Lieu exact de l'accident :

Activité de la victime au moment de l'accident :

Nature de la lésion

coup piqûre empoisonnement coup d'arc
 plaie foulure/entorse brûlure électrocution
 coupure commotion lésion chimique irradiation
 amputation fracture autre :

Siège de la lésion

tête ventre bras pied
 œil bassin main doigt de pied
 cou dos doigt interne
 poitrine épaule jambe gauche / droite

Nom des témoins (directs/indirects) : 1. ... / 2. ... / 3. ...

Description précise des circonstances de l'accident : (qu'est-ce qui ne s'est pas bien passé ?)

Mesures prises immédiatement (éviter le sur-accident) et mesures proposées :

Nom de la personne qui a complété ce rapport : _____ Date : _____ Signature : _____

Une copie de cette page, dûment complétée, est à adresser au Service du Personnel dans les 24 heures de l'accident.