



Centre de gestion de la fonction publique
territoriale de la Charente-Maritime

**Formulaire d'enquête administrative
des accidents de service/travail et des maladies professionnelles**

L'enquête administrative ne se substitue pas à la déclaration d'accident de service ou de maladie professionnelle à faire auprès de l'assurance statutaire ou de la sécurité sociale le cas échéant.

Nom de la collectivité :

Adresse :

Tél. : Email :

Effectif de la collectivité.....

Nom et qualité de la personne remplissant cette enquête.....

Direction/Service

Filière : Administrative Culturelle Animation Technique

Sociale Sportive Police

Nom : Grade :

Prénom : Fonction :

Adresse : Régime : Spécial CNRACL
 Général IRCANTEC

Date de naissance..... Date de recrutement :/...../.....

Sexe : Femme Homme Date de titularisation :/...../.....

Situation administrative : Titulaire Stagiaire Contractuel Contrats aidés
 Apprenti

Ancienneté dans le poste :ans.....mois dans la collectivité :ans mois

Qualification personnelle :

Accident de service Accident de trajet

Cadre 2

Date et heure de l'accident

Date de survenance :/...../.....

Heure de survenance :h.....mn

Horaire de travail de l'agent le jour de l'accident :

deH..... min. àH..... min. (matin)

deH..... min. àH.....min. (après-midi)

Circonstances particulières :

Nécessité de service Permanence Astreinte

Accident connu le/...../..... àH..... min. par :

l'autorité territoriale

un agent de la collectivité

par déclaration de la victime

Lieu de l'accident

- Sur le lieu de travail habituel (atelier, service, eau)
 Sur un lieu de travail occasionnel
 Lors d'un déplacement pour le compte de la collectivité
 Sur le trajet A/R entre le domicile et le lieu de travail
 Sur le trajet A/R entre le lieu de prise habituelle des repas et le lieu de travail

Lieu précis :

Déroulement de l'accident

Mission(s) effectuée(s) le jour de l'accident :

Circonstances précises :

.....
.....
.....

Oui

par les services de secours (pompiers, ambulance,...)

par un agent de la collectivité

par une tierce personne

par ses propres moyens

à l'Hôpital / la Clinique

chez un médecin

à son domicile

autre :

Victime transportée :

Non

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? Oui Non - Si oui, combien ?

La victime travaillait-elle seule ou en équipe ?

Seule

En équipe

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

Oui

Non

Date de l'arrêt de travail :/...../.....

Durée de l'arrêt de travail initial :

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

Oui

Non

L'accident a-t-il entraîné un décès ?

Oui

Non

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

Oui

Non

Un rapport de police ou de gendarmerie a-t-il été établi ?

Oui

Non

Si oui, par qui ?

Existe-t-il des témoins de l'accident ?

Oui

Non

Si oui, coordonnées :

.....

Cadre 3

Activité(s) exercée(s) lors de l'accident

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Travail sur la voirie | <input type="checkbox"/> Service de soins | <input type="checkbox"/> Circulation et transport |
| <input type="checkbox"/> Maintenance de matériels | <input type="checkbox"/> Intervention à domicile | <input type="checkbox"/> Accueil / Surveillance / Contrôle |
| <input type="checkbox"/> Manutention de matériels | <input type="checkbox"/> Transport de personnes | <input type="checkbox"/> Mobilisation et transfert d'un individu |
| <input type="checkbox"/> Maintenance et entretien de locaux | <input type="checkbox"/> Manutention de personnes | <input type="checkbox"/> Restauration collective |
| <input type="checkbox"/> Chantier de bâtiment | <input type="checkbox"/> Rééducation et kinésithérapie | <input type="checkbox"/> Entretien physique et sportif |
| <input type="checkbox"/> Transport de matière | <input type="checkbox"/> Travail administratif | <input type="checkbox"/> Formation |
| <input type="checkbox"/> Incendie, secours et autre opération de sauvetage | | <input type="checkbox"/> Collecte et traitements de déchets |
| <input type="checkbox"/> Entretien des espaces verts et de l'environnement | | <input type="checkbox"/> Tâche de laboratoire |
| <input type="checkbox"/> Traitement des eaux et réseaux d'assainissement | | <input type="checkbox"/> Activité funéraire |
| <input type="checkbox"/> Préparation de substances chimiques dangereuses | | <input type="checkbox"/> Service aux personnes âgées |
| <input type="checkbox"/> Activité scolaire, périscolaire et de service aux enfants | | <input type="checkbox"/> Acte de soin thérapeutique et diagnostic |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : | | |

Cadre 4

Elément(s) matériel(s) incriminé(s)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accident de la route | <input type="checkbox"/> Engin de chantier et poids lourd |
| <input type="checkbox"/> Chute de matériaux | <input type="checkbox"/> Chute ou glissade de plain pied ou avec faible dénivellation |
| <input type="checkbox"/> Chute de hauteur | <input type="checkbox"/> Véhicule léger |
| <input type="checkbox"/> Manutention mécanique, appareil de levage ... | <input type="checkbox"/> Electricité |
| <input type="checkbox"/> Collision et choc avec matière ou appareil mobile | <input type="checkbox"/> Rayonnements, radiations |
| <input type="checkbox"/> Collision et choc avec matière ou appareil non mobile | <input type="checkbox"/> Instruments piquants ou tranchants non souillés |
| <input type="checkbox"/> Outils et objets à main | <input type="checkbox"/> Instruments piquants ou tranchants souillés |
| <input type="checkbox"/> Produits dangereux (toxiques, nocifs, irritants, ...) | <input type="checkbox"/> Exposition au sang ou liquide physiologique |
| <input type="checkbox"/> Produit ou appareil froid | <input type="checkbox"/> Agression animale |
| <input type="checkbox"/> Produit ou appareil chaud | <input type="checkbox"/> Agression de personne |
| <input type="checkbox"/> Projection de matière | <input type="checkbox"/> Traumatisme sonore |
| <input type="checkbox"/> Gaz ou liquide sous pression | <input type="checkbox"/> Absence d'élément matériel |
| <input type="checkbox"/> Effort de soulèvement lors de manutention de charge ou de personnes à mobilité réduite | |
| <input type="checkbox"/> Incendie/explosion | |
| <input type="checkbox"/> Autre(s) : | |

Cadre 5

Nature apparente des lésions

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contusion | <input type="checkbox"/> Piqûre | <input type="checkbox"/> Traumatisme des os et des articulations |
| <input type="checkbox"/> Maux de dos | <input type="checkbox"/> Information et regard | <input type="checkbox"/> Intoxication, noyade, asphyxie |
| <input type="checkbox"/> Déchirure et/ou douleur musculaire | <input type="checkbox"/> Ecrasement, amputation | <input type="checkbox"/> Malaise |
| <input type="checkbox"/> Plaie | <input type="checkbox"/> Corps étranger (éclat, sang,...) | <input type="checkbox"/> Lésions multiples |
| <input type="checkbox"/> Brûlure/gelure | <input type="checkbox"/> Autre(s) : | |

Cadre 6

Siège des lésions

<input type="checkbox"/> Tête			<input type="checkbox"/> Face (yeux, nez, bouche,...)		
<input type="checkbox"/> Main	<input type="checkbox"/> Droite		<input type="checkbox"/> Cou et colonne vertébrale	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Epaule
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Bras
<input type="checkbox"/> Poignet	<input type="checkbox"/> Droit		<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Avant-bras	
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Gauche		
<input type="checkbox"/> Coude	<input type="checkbox"/> Droit		<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Cuisse	
	<input type="checkbox"/> Gauche		<input type="checkbox"/> Gauche		
<input type="checkbox"/> Thorax			<input type="checkbox"/> Droite		
<input type="checkbox"/> Abdomen			<input type="checkbox"/> Gauche		
<input type="checkbox"/> Bassin/hanche/bas ventre			<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Genou	
<input type="checkbox"/> Cheville	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche			
	<input type="checkbox"/> Gauche				
<input type="checkbox"/> Pied	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche	<input type="checkbox"/> Pied		

Rapport obligatoire du supérieur hiérarchique direct

Avis de la hiérarchie :

Piste de solutions et/ou actions engagées par la hiérarchie pour éviter que l'accident se reproduise :

Fait à :

Le :
Signature :

Dans le cadre de votre suivi d'accident, les informations vous concernant font l'objet d'un traitement informatique nécessaire au respect d'une obligation légale à laquelle le Centre de Gestion de la Fonction Publique Territoriale de la Charente-Maritime, responsable de traitement, est soumis.

85, Boulevard de la République - CS 50002
17076 LA ROCHELLE CEDEX 9
Tél 05 46 27 47 00 - cdg17@cdg17.fr
www.cdg17.fr