

COMMISSION DE REFORME DEPARTEMENTALE DE LA LOZERE

ENQUETE ADMINISTRATIVE

➤ EMPLOYEUR

COLLECTIVITE /ETABLISSEMENT.....

Adresse de la collectivité :
.....
.....

➤ VICTIME

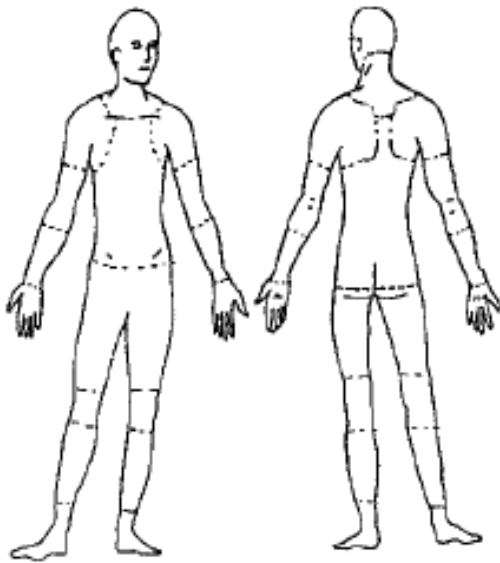
Accident de trajet Accident de service Maladie professionnelle

NOM et Prénom de l'agent :
NOM de jeune fille :
Date de naissance :
Adresse de l'agent :
.....
.....

| | |
|-----------------------------|--------------------------|
| Catégorie : | Echelon : |
| Filière : | |
| Grade : | |
| Date d'entrée dans la FPT : | |
| Date de mise en stage : | Date de titularisation : |

| RECAPITULATIF DES ACCIDENTS DE SERVICE/TRAJET/MALADIES PROFESSIONNELLES DE L'AGENT | | | | |
|--|--|---------------------------|---|-----------------------------|
| Date l'accident ou maladie | Arrêts supérieurs à 15 jours* | Guérison ou Consolidation | Attribution d'un taux IPP | Nature et siège des lésions |
| | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <input type="checkbox"/> OUI% <input type="checkbox"/> NON | |
| | <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | <input type="checkbox"/> OUI% <input type="checkbox"/> NON | |

SIEGE DES LESIONS :(à indiquer à l'aide d'une croix)



PERIODE(S) D'EXPOSITION AU(X) RIQUE(S) :

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

Fait à, le
Par

Partie réservée au chef de service
➤ **AVIS DU CHEF DE SERVICE**

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

Fait à, le
Signature du chef de service :

Partie réservée à l'autorité territoriale

➤ **AVIS DE L'AUTORITE TERRITORIALE**

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

Fait à, le
Signature de l'autorité territoriale :

➤ Pour vous aider à compléter l'enquête administrative.

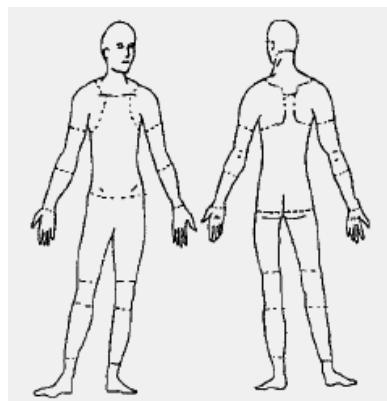
■ Types de lésions possibles

NATURE DES LESIONS

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> asphyxie / intoxication | <input type="checkbox"/> brûlure | <input type="checkbox"/> contusion / hématome |
| <input type="checkbox"/> déchirures musculaires ou tendineuses | <input type="checkbox"/> douleurs lombaires (lombalgie, lumbago) | |
| <input type="checkbox"/> entorse / luxation | <input type="checkbox"/> fracture, fêlure | <input type="checkbox"/> lésions multiples |
| <input type="checkbox"/> malaise | <input type="checkbox"/> morsure | <input type="checkbox"/> piquûre |
| <input type="checkbox"/> plaie | <input type="checkbox"/> présence corps étranger | |
| <input type="checkbox"/> troubles <input type="radio"/> auditifs <input type="radio"/> visuels | <input type="checkbox"/> autre, à préciser : | |

SIEGE DES LESIONS

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> tête | <input type="radio"/> cou | <input type="radio"/> face |
| <input type="radio"/> yeux | <input type="radio"/> appareil auditif | |
| <input type="radio"/> région crânienne | | |
| <input type="checkbox"/> membres supérieurs | <input type="radio"/> bras | <input type="radio"/> coude |
| <input type="radio"/> épaule | <input type="radio"/> poignet | <input type="radio"/> main |
| <input type="radio"/> avant-bras | | |
| <input type="checkbox"/> tronc | | |
| <input type="checkbox"/> membres inférieurs | <input type="radio"/> bassin | <input type="radio"/> jambe |
| <input type="radio"/> hanche | <input type="radio"/> mollet | <input type="radio"/> cheville |
| <input type="radio"/> genou | | |
| <input type="radio"/> pied | | |
| <input type="checkbox"/> localisations multiples | | |
| <input type="checkbox"/> sièges internes | | |
| <input type="checkbox"/> autre, à préciser : | | |
| <input type="checkbox"/> côté droit <input type="checkbox"/> côté gauche | | |



PROTECTION INDIVIDUELLE PORTEE

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> casque anti-choc | <input type="checkbox"/> ceinture ou harnais de retenue | <input type="checkbox"/> chaussures / bottes de sécurité |
| <input type="checkbox"/> gants | <input type="checkbox"/> lunettes de protection / écran facial | <input type="checkbox"/> masque de protection respiratoire |
| <input type="checkbox"/> protection auditive | <input type="checkbox"/> vêtement de haute visibilité | <input type="checkbox"/> autre, à préciser : |

ELEMENTS MATERIELS

| | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> appareil de levage | <input type="checkbox"/> échelle / échafaudage / escabeau | <input type="checkbox"/> électricité |
| <input type="checkbox"/> engin de TP | | |
| <input type="checkbox"/> machine <input type="radio"/> fixe | <input type="radio"/> mobile | |
| <input type="checkbox"/> mat. Espaces verts | <input type="checkbox"/> mobilier | <input type="checkbox"/> objets divers |
| <input type="checkbox"/> outils coupants | <input type="checkbox"/> outil mécanique à main | |
| <input type="checkbox"/> plaques <input type="radio"/> béton | <input type="radio"/> bois <input type="radio"/> acier | |
| <input type="checkbox"/> produits dangereux | <input type="radio"/> chimiques <input type="radio"/> d'entretien <input type="radio"/> peinture <input type="radio"/> phytosanitaires | |
| <input type="checkbox"/> remorque / caravane | <input type="checkbox"/> seringue | <input type="checkbox"/> tracteur |
| <input type="checkbox"/> transport en commun | <input type="checkbox"/> ustensiles de cuisine | |
| <input type="checkbox"/> véhicules léger / utilitaire / benne | | <input type="checkbox"/> aucun matériel |
| <input type="checkbox"/> autre, à préciser : | | |

NATURE DE L'ACCIDENT

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> causé par un tiers | <input type="checkbox"/> chute / glissade de plain-pied | <input type="checkbox"/> chute d'objet |
| <input type="checkbox"/> chute de hauteur / avec dénivelé | | <input type="checkbox"/> coupure |
| <input type="checkbox"/> contact / exposition / projection | | |
| <input type="radio"/> chaleurs / froid | <input type="radio"/> électricité | <input type="radio"/> poussières |
| <input type="radio"/> produits dangereux | <input type="radio"/> rayonnements | |
| <input type="checkbox"/> autre, à préciser :écrasement, coincement | | <input type="checkbox"/> faux mouvement |
| <input type="checkbox"/> heurt / choc | <input type="checkbox"/> manutention de personne | |
| <input type="checkbox"/> manutention, effort de soulèvement (charges lourdes) | | <input type="checkbox"/> vertiges / syncope |
| <input type="checkbox"/> autre, à préciser : | | |

ACTIVITE LORS DE L'ACCIDENT

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> accueil, surveillance, contrôle | <input type="checkbox"/> activité funéraire |
| <input type="checkbox"/> activité physique et sportive | <input type="checkbox"/> chantier de bâtiment |
| <input type="checkbox"/> déplacement motorisé ou non pendant le travail (d'un lieu à un autre, descente d'un véhicule) | |
| <input type="checkbox"/> entretien des espaces verts | <input type="checkbox"/> formation |
| <input type="checkbox"/> incendie, secours, intervention | <input type="checkbox"/> maintenance locaux, matériels |
| <input type="checkbox"/> nettoyage des locaux | <input type="checkbox"/> opération chargement/déchargement |
| <input type="checkbox"/> restauration collective | <input type="checkbox"/> traitements eaux, assainissement |
| <input type="checkbox"/> travail administratif | <input type="checkbox"/> travail et collecte des ordures |
| ménagères <input type="checkbox"/> travail médico-social | <input type="checkbox"/> travail sur la voirie |
| <input type="checkbox"/> autre, à préciser : | |

A quel moment la victime a-t-elle consulté le médecin ? (date et heure)

.....

La victime a-t-elle été hospitalisée ?.....

Par quel moyen de transport ?

Où ?

■ Les témoins

TEMOIGNAGES INDISPENSABLES : (Ceux-ci devront être précis et lisiblement écrits. Il devra être noté l'heure et la date à laquelle les témoins ont vu, entendu, ou assisté à l'accident).

➤ **Témoin oculaire direct ayant vu l'accident se produire :**

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

Nom, Prénom : Date : Signature :

Les rubriques avant et après l'accident sont obligatoires si absence de témoin direct

➤ **témoin ayant vu la victime**

Avant l'accident : (date et heure).....
.....
.....
.....
.....

Nom, Prénom..... Date : Signature :

et après l'accident : (date et heure).....
.....
.....
.....
.....

Nom, Prénom..... Date : Signature :

A défaut, première personne avisée : (date et heure)
.....
.....
.....
.....

Nom, Prénom..... Date : Signature :

■ S'il s'agit d'un Accident de Trajet

Moyen de locomotion utilisé :

L'accident est-il survenu sur le trajet habituel du domicile au lieu de travail :

.....

Heure de départ du domicile :

Heure d'embauche habituelle :

L'accident est-il survenu sur le trajet habituel du lieu de travail au domicile :

.....

Heure de départ du lieu de travail :

Dans l'un ou l'autre cas :

- Temps nécessaire pour ce trajet par le moyen de locomotion utilisé par l'accidenté :

.....

- Le trajet a-t-il été détourné ? :

- A-t-il été interrompu ? :

- Si oui, pour quel motif ? (*indiqué sur le plan le trajet détourné*) :

.....

- L'accident est-il survenu avant ou après l'interruption du trajet ? :

.....

- La police ou la gendarmerie ont-elles été appelées sur les lieux de l'accident :

.....

- Où la victime s'est elle rendue après l'accident ? :

.....

- Par quel moyen de transport ? :

.....

(Si transport aux urgences, joindre le bulletin d'entrée précisant la date, l'heure, éventuellement les 1^{ères} constatations médicales.)

- L'accident s'est-il produit seul ? :

.....

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

.....

Si OUI, Nom, Prénom et adresse du tiers (si possible):

.....

.....

.....

Un constat amiable a-t-il été effectué ? : (*Si OUI, joindre ce constat*)