ENQUÊTE ADMINISTRATIVE

COLLECTIVITÉ/ÉTABLISSEMENT

Raison sociale : ..... Ville : ..... Code postal : .....

Numéro de SIRET : Contact dans la collectivité/l'établissement : .....

Téléphone du contact : ..... E-mail du contact : .....

AGENT

Numéro de SS Nom : ..... Prénom : .....

Date de naissance : Latéralité de l'agent ☐ Droitier ☐ Gaucher

Date d'entrée dans la collectivité/l'établissement : Date d'embauche dans la fonction publique :

STATUT ☐ AGENTS AFFILIÉS À LA CNRACL

N° CNRACL :

☐ Titulaire ☐ Stagiaire

☐ Temps complet ☐ Temps partiel Taux activité :

☐ Temps non complet Nb heures travaillées/mois : h mn

☐ AGENTS NON AFFILIÉS À LA CNRACL/IRCANTEC ☐ AGENTS OPAC

☐ Titulaire ☐ Stagiaire ☐ Non titulaire

☐ + 200 h/trimestre* ☐ - 200 h/trimestre*

**Tous employeurs confondus*

SERVICE ET GRADE Code grade : Cadre emploi : ..... Fonction : .....

Service (codification interne) :..... Catégorie hiérarchique ☐ A ☐ B ☐ C Filière(1) *(1) Voir codification au verso de la liasse*

ACCIDENT IMPUTABLE AU SERVICE

Date de l'accident :

Heure de survenance : h

Horaires de travail le jour de l'accident :

De h à h

et de h à h

☐ Trajet aller ☐ Trajet retour ☐ Accident de circulation

L'accident est-il intervenu sur le trajet habituel ? ☐ OUI ☐ NON

L'accident a-t-il entraîné un décès ? ☐ OUI ☐ NON

Inscription au registre d'infirmerie : ☐ OUI ☐ NON

le : Sous le numéro : .....

Accident connu le :

à (lieu) : ..... par (acteur) : .....

La hiérarchie reconnaît-elle administrativement l'imputabilité au service de l'accident ? ☐ OUI ☐ NON

Observations éventuelles de la hiérarchie : .....

.....

.....

Nom du médecin de médecine préventive : .....

.....

.....

Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? ☐ OUI ☐ NON

MALADIE PROFESSIONNELLE

☐ Maladie professionnelle Numéro MP

Préciser le nom des produits, des gestes répétés et/ou du matériel utilisé, susceptibles d'être à l'origine de la maladie professionnelle

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Les fonctions occupées par l'agent à l'origine de la maladie étaient-elles ?

☐ Occasionnelles ☐ Permanentes

Date d'entrée dans cette fonction

Date de cessation de cette fonction

PÉRIODES D'ARRÊT DE TRAVAIL

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

Date du premier jour d'arrêt* Date du dernier jour d'arrêt*

* A compléter à l'aide des certificats médicaux fournis par l'agent

MESURES DE PRÉVENTION

AVANT *"Ce qui se passait avant l'accident"*

Activité lors de l'accident ☐☐

Sur quelle tâche, plus précisemment, travaillait l'agent accidenté ? .....

.....

Cette tâche était-elle ? ☐ Nouvelle pour l'agent ☐ Habituelle pour l'agent ☐ Imprévue ☐ Urgente

Que faisait l'agent juste avant l'accident et quelles machines, matériel ou équipements utilisait-il ? .....

.....

La tâche était-elle réalisée par l'agent ? ☐ Seul ☐ Seul mais en présence d'autres agents ou entreprises ☐ Au sein d'une équipe de travail

PENDANT *"Ce qui s'est passé au moment de l'accident"*

Elément matériel ☐☐

Lieu précis de l'accident : ☐ En intérieur ☐ En extérieur

Ambiance physique : ☐ Pluie ☐ Poussière ☐ Chaleur ☐ Verglas ☐ Bruit ☐ Brouillard ☐ Neige ☐ Froid ☐ Vent ☐ Vibration ☐ Fumée ☐ Autres (à préciser) .....

Récit de l'accident : .....

.....

APRÈS *"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 été hospitalisé ? ☐ OUI ☐ NON

L'agent a-t-il bénéficié des premiers soins ? ☐ OUI ☐ NON

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? ☐ OUI ☐ NON

La collectivité/l'établissement a-t-elle un sauveteur secouriste ? ☐ OUI ☐ NON

La collectivité/l'établissement a-t-elle un ACMO ? ☐ OUI ☐ NON

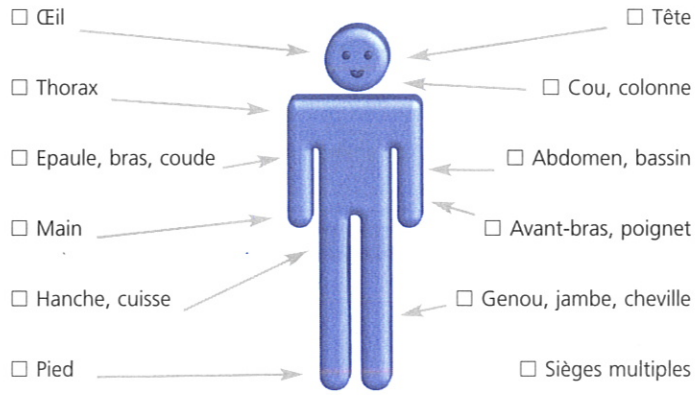
Propositions d'améliorations (par l'agent, la hiérarchie, l'ACMO...) à moyen ou long terme :

.....

.....

.....

.....



Témoin de l'accident *"La personne qui a VU l'accident"* :

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Téléphone : .....

Contusion	☐	Fracture, fêlure	☐	Brûlure, gelure et électrocution	☐
Plaie et piqûre	☐	Hernie	☐	Ecrasement et amputation	☐
Entorse, luxation et lumbago	☐	Lésion nerveuse	☐	Intoxication, asphyxie et noyade	☐
Déchirure ou douleur musculaire	☐	Corps étranger (éclat, sang...)	☐	Polytraumatisme	☐
Inflammation et dermite	☐	Blessure interne	☐	Malaise (cardiaque...)	☐
				Trouble psychologique	☐

CODIFICATION DES FILIÈRES

FILIÈRES	
AD	Administrative
CU	Culturelle
AN	Animation
SA	Sanitaire et sociale
SP	Sportive
SE	Sécurité
TE	Technique
ME	Médico-technique
SO	Soignante et éducative

CODIFICATION DES ACCIDENTS

ACTIVITÉ LORS DE L'ACCIDENT	
1	Travail administratif
2	Formation
3	Accueil, surveillance, contrôle, activité scolaire et périscolaire
4	Restauration collective
5	Nettoyage des locaux
6	Maintenance des locaux
7	Maintenance et réparation du matériel
8	Entretiens des espaces verts et de l'environnement
9	Chantier de bâtiment
10	Travail sur la voirie
11	Circulation et transport
12	Transport, lavage et stockage du linge
13	Collecte et traitement des ordures ménagères et déchets
14	Traitement des eaux, réseau d'assainissement
15	Intervention à domicile
16	Incendie, secours et autre intervention
17	Entretien physique et sportif
18	Activité funéraire
19	Acte de soin, thérapeutique et diagnostique
20	Rééducation et kinésithérapie
21	Hygiène du malade
22	Mobilisation et transfert d'un individu
23	Préparation de substances chimiques et/ou toxiques
24	Tâche de laboratoire

ÉLÉMENT MATÉRIEL	
A	Chute ou glissade de plain-pied ou avec faible dénivellation
B	Chute de hauteur
C	Effort de manutention de malade
D	Effort de soulèvement, manutention de charge
E	Machine et appareil
F	Objet à main
G	Instruments coupants, piquants ou tranchants souillés
H	Instruments coupants, piquants ou tranchants non souillés
I	Produits toxiques, nocifs ou irritants
J	Objet ou masse en mouvement
K	Projection de matières
L	Agression animale
M	Agression, violence, maladie agité
N	Produit ou appareil chaud ou froid
O	Rayonnements, radiations
P	Gaz ou liquide sous pression
Q	Phénomène thermique, incendie, explosion
R	Electricité
S	Véhicule ou engin
T	Effort intense
U	Exposition au sang et liquides physiologiques
V	Autres

Signature de l'agent

Fait à .....

le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Signature :

L'autorité territoriale/hospitalière :

Fait à .....

le : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Signature :