

DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL

**A envoyer à la Direction des Affaires Médicales
Joindre obligatoirement le Certificat Médical Initial « CERFA »**

IDENTITE DE LA VICTIME	SITUATION ADMINISTRATIVE
N° SS :	Grade :
Nom – Prénom :	Service :
Date de naissance (JJ-MM-AAAA) :	Pôle :
Adresse :	Date d'embauche :
Code Postal et Ville :	

DATE DE L'ACCIDENT (préciser le jour de la semaine) :

Heure :

HORAIRES DE TRAVAIL (le jour de l'accident) : de

à

LIEU PRECIS DE L'ACCIDENT :

ARRET DE TRAVAIL : OUI NON

DECLARATION DE LA VICTIME

Expliquer précisément les circonstances et l'environnement détaillés de votre accident de travail

Circonstances détaillées de l'accident	Éléments ayant contribué à la survenue de l'accident

DEPOSITION DU TEMOIN

Nom et Prénom du témoin :

Je certifie sur l'honneur avoir réellement vu les événements décrits ci-dessus

Date et signature du témoin

Je soussigné(e) certifie l'exactitude de la présente déclaration

Date et signature de la victime :

Date et signature du Chef de service

TRES IMPORTANT

Cette déclaration doit parvenir impérativement à la DAM dans les **48 h.**

Rappel :

- Volet 1 et 2 à envoyer à la CPAM par la victime
- Volet 3 à conserver par vos soins
- Volet 4 à transmettre à la DAM avec la déclaration

Tous les renseignements de ce document sont obligatoires et à compléter par la victime.

L'absence d'un seul renseignement et du certificat médical initial entraînera impérativement l'ajournement, voire le rejet du dossier et la prise en compte des soins et de l'arrêt de travail éventuel au titre de la maladie ordinaire.

A COMPLETER PAR LA VICTIME

1. CAUSE DE L'ACCIDENT : (cocher la case)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Piqûre ou emploi outil coupant souillé | <input type="checkbox"/> brûlure |
| <input type="checkbox"/> Projection de sang | <input type="checkbox"/> radiations |
| <input type="checkbox"/> Emploi d'outil coupant non souillé | <input type="checkbox"/> Chute ou glissade |
| <input type="checkbox"/> Autre motif (à préciser) : | |

2. NATURE DES LESIONS : (cocher la case)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Contusion, hématome | <input type="checkbox"/> exposition à un liquide biologique |
| <input type="checkbox"/> Piqûre ou plaie non septique | <input type="checkbox"/> piqûre ou plaie septique |
| <input type="checkbox"/> Fracture | <input type="checkbox"/> brûlure, gelure |

3. SIEGE DES LESIONS : (cocher la case)



Précisez le côté : droit gauche

MEMBRES SUPERIEURS (sauf mains)

- | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Epaule | <input type="checkbox"/> bras | <input type="checkbox"/> coude |
| <input type="checkbox"/> Poignet | <input type="checkbox"/> avant-bras | |

MEMBRES INFERIEURES (sauf pieds)

- | | |
|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hanche | <input type="checkbox"/> cuisse |
| <input type="checkbox"/> Genou | <input type="checkbox"/> jambe |

COLONNE VERTEBRALE

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cervicale | <input type="checkbox"/> dorsale |
| <input type="checkbox"/> Lominaire | <input type="checkbox"/> sacrum |

SIEGE INTERNE

- | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Respiratoire | <input type="checkbox"/> digestif | <input type="checkbox"/> autre |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|

MAINS

- | | | |
|--------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Paume | <input type="checkbox"/> dos | <input type="checkbox"/> pouce |
| <input type="checkbox"/> index | <input type="checkbox"/> autres doigts | |

PIEDS

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plante et dessous | <input type="checkbox"/> gros orteil |
| <input type="checkbox"/> cheville | <input type="checkbox"/> autres orteils |

TRONC (sauf colonne vertébrale)

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Côtes | <input type="checkbox"/> Sternum |
|--------------------------------|----------------------------------|

TETE

- | | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Région crânienne | <input type="checkbox"/> face |
| <input type="checkbox"/> Cou (sauf vertèbres cervicales) | |
| <input type="checkbox"/> Appareil auditif | <input type="checkbox"/> Yeux |