

LIEU ET CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT : déposition de la victime

(environnement : bureau, atelier, terrain, route, etc, tâche effectuée..., geste effectuée...)

LÉSIONS**Les blessures apparentes sont les suivantes :**

A quel moment la victime a-t-elle consulté le médecin ?

Date du certificat médical initial :

Nom du médecin :

 Arrêt de travail : oui, du _____ au _____
 non
ACCIDENT DE TRAJET (joindre un plan)

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

 Heure de départ du domicile : _____
 Heure à laquelle l'accidenté(e) commence d'habitude son travail : _____

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

Heure de départ du lieu de travail : _____

 Quels moyens de locomotion sont utilisés pour effectuer le trajet ? _____
 Combien dure le temps de trajet ? _____

Le trajet a-t-il été détourné ? _____ Motifs : _____

Le trajet a-t-il été interrompu ? _____

L'accident a-t-il eu lieu avant ou après l'interruption du trajet ? _____

Où la victime s'est-elle rendue ou bien où a-t-elle été transportée après l'accident ? _____

Nom et adresse de l'assurance de la victime : _____

● **Accident causé par un tiers ?**

Nom, prénom, profession de l'auteur de l'accident :

Adresse :

Nom et adresse de l'assurance du tiers :

N° de police :

Un procès-verbal a-t-il été établi ? Si oui par qui ?

Un constat à l'amiable a-t-il été établi ? oui (joindre une copie) non**SIÈGE DES LÉSIONS****NATURE DES LÉSIONS**

Tête / cou	<input type="checkbox"/>	Contusion / écrasement	<input type="checkbox"/>
Yeux	<input type="checkbox"/>	Fracture	<input type="checkbox"/>
Membre supérieur (sauf main)	<input type="checkbox"/>	Brûlure	<input type="checkbox"/>
Main	<input type="checkbox"/>	Plaie, piqûre	<input type="checkbox"/>
Membre inférieur (sauf pied)	<input type="checkbox"/>	Lésion ligamentaire, musculaire	<input type="checkbox"/>
Pied	<input type="checkbox"/>	Lumbago	<input type="checkbox"/>
Tronc (torse, rachis, bassin, dos)	<input type="checkbox"/>	Corps étranger	<input type="checkbox"/>
Lésions multiples (plus de 2)	<input type="checkbox"/>	Commotion	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	Hernie	<input type="checkbox"/>
		Troubles auditifs	<input type="checkbox"/>
		Intoxication, asphyxie	<input type="checkbox"/>
		Electrocution	<input type="checkbox"/>
		Autre	<input type="checkbox"/>

L'ACCIDENT A-T-IL EU DES TÉMOINS ?**Dans l'affirmative**, faire remplir ci-dessous ou joindre leur(s) déclaration(s) datée(s) et signée(s)Nom(s), fonctions, adresse(s) et déposition(s) du ou des témoins de l'accidentDate

Signature des témoins

Dans la négative, s'il n'y a pas eu de témoins oculaires, faire remplir ci-dessous ou joindre la déclaration de la première personne à qui l'accident a été déclaré.Nom, fonctions, adresse et attestation

(préciser la date et l'heure à laquelle la victime a déclaré l'accident à la personne signataire)

Date

Signature de la première personne à laquelle l'accident a été déclaré