



**FORMULAIRE DE DECLARATION
D'ACCIDENT DE TRAVAIL OU DE TRAJET
(Agent en CDI, CDD, sous contrat VACATAIRE)**

Référence : FORM3520 v1
Date 1^{ère} application : Septembre 2023
Date de modification :
Pages : 1/4

DECLARATION D'ACCIDENT
 DE SERVICE
 DE TRAJET

A adresser IMPERATIVEMENT au secrétariat de la DRH dans les 24 heures (le cachet de la poste faisant foi)
Ou à remettre à votre Gestionnaire RH

A REMPLIR PAR LE RESPONSABLE DU SERVICE OU SON REPRESENTANT immédiatement après l'accident

ACCIDENTE(E)

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Fonction : _____

Service : _____ Statut : CDI CDD VACATAIRE

Horaires de travail le jour de l'accident : _____

ACCIDENT

Date : _____ Lieu/service : _____ Heure : _____

1^{ère} personne avisée : _____

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Préciser les gestes, les circonstances et le contexte de l'accident

Port d'équipements de protection : oui non

Préciser (chaussures, masques, gants, lunettes...) _____

TEMOINS :

Nom : _____ Prénom : _____ Grade : _____ Service _____

Je certifie et atteste sur l'honneur ma présence et l'exactitude des informations énoncées ci-dessus

SIGNATURE

Nom : _____ Prénom : _____ Grade : _____ Service _____

Je certifie et atteste sur l'honneur ma présence et l'exactitude des informations énoncées ci-dessus

SIGNATURE

Y A-T-IL UNE PERSONNE RESPONSABLE DE L'ACCIDENT

OUI

NON

Si oui, nom et prénom :

Adresse : _____

Agent de l'établissement

: Patient

Autre Préciser _____

PREMIERS SOINS /SOINS IMMEDIATS EFFECTUES

Date : _____ Lieu : _____ Heure : _____

Détails (désinfection, immobilisation.....) : _____

MECANISME DE L'ACCIDENT

Accident de circulation

Brûlure

Chute ou glissade

Contact avec des malades agités

Effort de soulèvement

Objet en mouvement accidentel

Manipulation d'un produit toxique

Radiation

Choc, à préciser _____

Projection, à préciser _____

Autres, à Préciser _____

NATURE DES LESIONS

Asphyxie

Atteinte ostéoarticulaire et/ou musculaire (entorse, douleurs d'effort etc....)

Brûlure, gelure

Contusion, Hématome

Inflammation

Intoxication

Pas de lésion au moment de la déclaration

Perte de connaissance

Piqure, plaie

Présence de corps étrangers

Troubles auditifs

Pas de lésion au moment de la déclaration

Autres, à préciser _____

CONTAMINANT ACCIDENT SEPTIQUE (si concerné)

HIV + HEPATITE B+ HEPATITE C+ Sérologie en cours

HIV - HEPATITE B - HEPATITE C- Contaminant inconnu

SIEGE DES LESIONS

TETE

Face

Région crânienne

Cou (sauf cervicales)

Audition

Vision

MEMBRES SUPERIEURS

A préciser : _____

MEMBRES INFERIEURS

A préciser : _____

COLONNE VERTEBRALE

ABDOMEN

THORAX

AUTRE : _____

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT PAR LA VICTIME A LA PRESENTE DECLARATION

- Un certificat médical initial établi selon le formulaire réglementaire (cerfa 11138*03) délivré par le médecin ayant constaté la nature et le siège des lésions, avec indication de la période d'arrêt de travail et / ou de soins.

Pour les accidents survenus en mission ou en stage de formation :

- Une copie de l'ordre de mission ou de la convocation.

En cas d'accident de trajet :

- Un plan de trajet (type plan téléchargé sur Internet) entre le lieu de travail et le lieu d'habitation ou de restauration, avec indication de l'itinéraire emprunté et du lieu de l'accident.

En cas d'accident de trajet impliquant un tiers, joindre également :

- Le constat amiable d'accident.
- Le cas échéant, le procès-verbal de Police ou de Gendarmerie.