



Analyse accident du travail

Secteur sanitaire et social

V.14-02-19

Date de l'analyse :

Participants

.....

.....

VICTIME

Nom :

Prénom :

Service :

Profession :

Ancienneté :

Age :

ACCIDENT

Date :

Heure :

Horaires de travail :

Jour calendaire :

Lieu précis :

Type de contrat

- CDI
- Intérimaire
- Temps plein CDD
- Stagiaire
- Temps partiel

Type d'accident

- Sans arrêt
- Avec arrêt
- Mortel

Travail posté : Oui Non

Horaire concentré (>8h/poste) : Oui Non

<p>SIEGE</p> <p>↑</p> <p>LESIONS</p> <p>↓</p> <p>NATURE</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>G</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Tête</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Oeil</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cou</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nez</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		G	D	Tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Oeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>G</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Thorax</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Abdomen</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dos</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Lombes</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Epaules</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		G	D	Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lombes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Epaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>G</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Bras</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Coude</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Avant-bras</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Main</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Poignet</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		G	D	Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>G</th> <th>D</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Cuisse</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Genou</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jambe</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cheville</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pied</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		G	D	Cuisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		G	D																																																																						
Tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Oeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Cou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
	G	D																																																																							
Thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Lombes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Epaules	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
	G	D																																																																							
Bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Coude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Avant-bras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Poignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
	G	D																																																																							
Cuisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Genou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Cheville	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
<table border="1"> <tbody> <tr><td>Plaie</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Piqûre</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ecorchure</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Brûlure</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fracture</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Amputation</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Plaie	<input type="checkbox"/>	Piqûre	<input type="checkbox"/>	Ecorchure	<input type="checkbox"/>	Brûlure	<input type="checkbox"/>	Fracture	<input type="checkbox"/>	Amputation	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Contusion</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Entorse</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Luxation</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Déchirure musculaire</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Lombalgie</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Douleur</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>	Contusion	<input type="checkbox"/>	Entorse	<input type="checkbox"/>	Luxation	<input type="checkbox"/>	Déchirure musculaire	<input type="checkbox"/>	Lombalgie	<input type="checkbox"/>	Douleur	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tbody> <tr><td>Corps étranger</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Autres lésions</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Nature du corps étranger</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>.....</td><td></td></tr> <tr><td>.....</td><td></td></tr> <tr><td>.....</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Corps étranger	<input type="checkbox"/>	Autres lésions	<input type="checkbox"/>	Nature du corps étranger	<input type="checkbox"/>																																				
Plaie	<input type="checkbox"/>																																																																								
Piqûre	<input type="checkbox"/>																																																																								
Ecorchure	<input type="checkbox"/>																																																																								
Brûlure	<input type="checkbox"/>																																																																								
Fracture	<input type="checkbox"/>																																																																								
Amputation	<input type="checkbox"/>																																																																								
Contusion	<input type="checkbox"/>																																																																								
Entorse	<input type="checkbox"/>																																																																								
Luxation	<input type="checkbox"/>																																																																								
Déchirure musculaire	<input type="checkbox"/>																																																																								
Lombalgie	<input type="checkbox"/>																																																																								
Douleur	<input type="checkbox"/>																																																																								
Corps étranger	<input type="checkbox"/>																																																																								
Autres lésions	<input type="checkbox"/>																																																																								
Nature du corps étranger	<input type="checkbox"/>																																																																								
.....																																																																									
.....																																																																									
.....																																																																									

CIRCONSTANCES DE L'ACCIDENT

Avant : but, objectif précis de l'action dans laquelle la victime était engagée ?

Au moment : ce qui s'est passé exactement au moment de l'accident ?

Après : qu'a fait la victime, qui est intervenu, qu'a-t-on fait ?

Description des faits, sans interprétation :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Informations complémentaires

Y a-t-il des témoins ? Si oui, précisez nom(s) et prénom(s)OUI NON

L'activité de la victime était-elle partagée avec un/une collègue ?.....OUI NON

L'activité de la victime était-elle partagée avec un/une résident(e) ?OUI NON

- Si oui, l'activité était-elle conforme au plan de soin ?.....OUI NON

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

La victime est-elle formée à la tâche ?.....OUI NON

- Si oui, nature des formations :.....

La victime a-t-elle utilisé une aide technique ?.....OUI NON

- Si non, quelles sont les raisons ?

- Si oui, laquelle ?..... Etait-elle adaptée ? OUI NON

La victime portait-elle des EPI ?OUI NON

- Si oui, lesquels ?..... Etaient-ils adaptés ? OUI NON

Le milieu est-il à l'origine de l'accident? Ex : état du sol, encombrement, bruit, température.....OUI NON

- Si oui, précisez :.....

La tâche effectuée est : Habituelle Exceptionnelle

Causes retenues

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MESURES DE PREVENTION

Mesures prises immédiatement après l'accident :

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

Mesures retenues après analyse :

Mesures de prévention à mettre en place	Responsables	Délais
<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>	<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>	<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>
<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>	<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>	<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>
<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>	<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>	<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>
<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>	<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>	<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>
<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>	<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>	<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>
<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>	<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>	<div style="border: 1px solid green; height: 50px;"></div>

Signature du chef d'établissement pour validation :