

CIRCONSTANCES DÉTAILLÉES DE L'ACCIDENT

écrites lisiblement, en indiquant précisément le fait accidentel

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Activité lors de l'accident (ce que vous faisiez au moment où l'accident est survenu) :

.....

.....

NATURE DES SOINS

À quel moment avez-vous consulté le médecin du travail ? (date et heure).....

Avez-vous été hospitalisé(e) ? : OUI NON

Pièces justificatives à joindre obligatoirement :

- le certificat médical initial, ainsi que les éventuels certificats médicaux de prolongation (volet 1 ou 2),
- une attestation de recherche sérologique établie par un médecin du travail,
- les prescriptions médicales / ordonnances, etc..., le cas échéant. ⇒ **Ces documents sont à joindre obligatoirement à votre déclaration et seront à fournir tout au long de l'instruction de votre dossier.**

Si vous n'avez pas eu de soins (autres que la consultation), cochez la case ci-après : pas de soins

NATURE DES LÉSIONS

(Mentionnées sur le certificat médical initial)

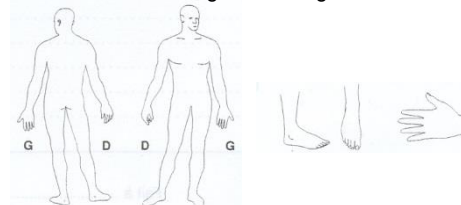
- piqûre autre, à préciser :
- plaie / coupure
- morsure
- lésion potentiellement infectieuse due à un produit biologique

SIÈGE DES LÉSIONS

(Mentionnées sur le certificat médical initial)

- tête
 - yeux cou visage
 - région crânienne appareil auditif
 - membres supérieurs
 - épaule bras coude
 - avant-bras poignet main
 - tronc
 - membres inférieurs
 - hanche cuisse jambe/mollet
 - genou cheville pied
 - localisations multiples
 - sièges internes
 - autre, à préciser :
- Latéralité :**
- côté droit côté gauche

Faire une croix désignant le siège concerné



TÉMOIGNAGES

Remplir obligatoirement la rubrique **1** OU **2** ci-après. Les témoignages devront être précis et lisiblement écrits.

1	Témoin oculaire direct ayant vu l'accident se produire (le témoin doit préciser la date et l'heure auxquelles il a vu ou entendu l'accident se produire) : Nom, Prénom..... Date : Signature : <input type="text"/>
----------	--

2	Si absence de témoin direct , remplir la rubrique ci-dessous : Témoin ayant été avisé des faits après l'accident (le témoin doit préciser la date et l'heure auxquelles il a été avisé des faits, le jour de l'accident) : Nom, Prénom..... Date : Signature : <input type="text"/>
----------	--

Signature de la victime :	Date	<input type="text"/>
Visa du responsable de service :	Date :	<input type="text"/>
Nom et prénom :		
Visa du Directeur de plateforme :	Date :	<input type="text"/>

OBSERVATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....