

# Déclaration d'accident du travail

**Agent titulaire ou stagiaire**

Documents à fournir **OBLIGATOIREMENT** avec la déclaration d'accident du travail :

- Un **certificat médical initial** constatant les lésions, établi sur l'imprimé spécifique aux accidents de travail (CERFA n°11138\*04, volet n° 1 ou 2)
- Tous **documents justifiant la nature des soins** (ordonnances, prescriptions médicales...). En l'absence de ces documents, aucun soin ne pourra être pris en charge. Si vous n'avez pas eu de soins, le préciser en page 2.

## IDENTITÉ DE LA VICTIME

---

N° matricule : | | | | | | | | | | | | |

**NOM** : ..... **Prénom** : .....

Nom de naissance : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

Code Postal : | | | | | | | | Ville : .....

Tél. personnel : ..... Tél. professionnel : .....

E-mail : .....@.....

N° Sécurité Sociale : | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Grade : ..... Site : .....

Service d'affectation : ..... Pôle : .....

Statut :  Titulaire  Stagiaire

## ACCIDENT DE TRAVAIL

---

Date et heure de l'accident : Le | | / | | / | | à | | H | |

Horaire de travail le jour de l'accident : de \_\_\_\_ H \_\_\_\_ à \_\_\_\_ H \_\_\_\_

Le cas échéant, motif du dépassement : .....

Lieu de l'accident : .....  
.....

Lieu habituel de travail :  OUI  NON

## 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 fait constater les lésions par un médecin ? (date et heure) .....

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

### **Pièces justificatives à joindre obligatoirement :**

- le certificat médical initial, et les éventuels certificats médicaux de prolongation (volet 1 ou 2)
- les prescriptions médicales / ordonnances, le cas échéant
- les comptes rendus d'examen / de consultation, etc..., le cas échéant

⇒ Ces documents sont à joindre 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)**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> asphyxie / intoxication               | <input type="checkbox"/> entorse / luxation | <input type="checkbox"/> plaie / coupure         |
| <input type="checkbox"/> brûlure                               | <input type="checkbox"/> fracture, fêlure   | <input type="checkbox"/> présence corps étranger |
| <input type="checkbox"/> contusion / hématome                  | <input type="checkbox"/> lésions multiples  | <input type="checkbox"/> troubles auditifs       |
| <input type="checkbox"/> déchirures musculaires ou tendineuses | <input type="checkbox"/> morsure            | <input type="checkbox"/> troubles visuels        |
| <input type="checkbox"/> douleurs                              | <input type="checkbox"/> piqûre             | <input type="checkbox"/> autre, à préciser :     |

### SIÈGE DES LÉSIONS

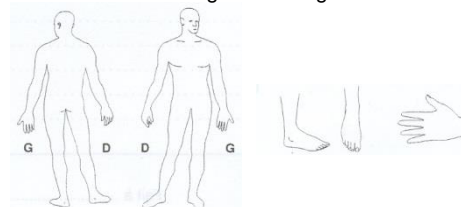
**(Mentionnées sur le certificat médical initial)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> tête   | <input type="checkbox"/> membres inférieurs  |
| <input type="radio"/> yeux <input type="radio"/> cou <input type="radio"/> visage         | <input type="radio"/> hanche <input type="radio"/> cuisse <input type="radio"/> jambe/mollet |
| <input type="radio"/> région crânienne <input type="radio"/> appareil auditif             | <input type="radio"/> genou <input type="radio"/> cheville <input type="radio"/> pied        |
| <input type="checkbox"/> membres supérieurs   | <input type="checkbox"/> localisations multiples   |
| <input type="radio"/> épaule <input type="radio"/> bras <input type="radio"/> coude       | <input type="checkbox"/> sièges internes   |
| <input type="radio"/> avant-bras <input type="radio"/> poignet <input type="radio"/> main | <input type="checkbox"/> autre, à préciser :   |
| <input type="checkbox"/> tronc  |  |

**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 :

**2** **Si absence de témoin direct, remplir les deux rubriques ci-dessous :**

→ **Témoin ayant vu la victime avant l'accident** : (le témoin doit préciser la date et l'heure auxquelles il a vu la victime en bonne santé, le jour de l'accident)

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

Nom, Prénom ..... Date : .....

Signature :

→ **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 :

Signature de la victime :

Date .....

Visa du responsable de service :

Date : .....

Nom et prénom : .....

Visa du Directeur de plateforme :

Date : .....

## OBSERVATIONS

---

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



### CHU de Nantes

Centre hospitalier universitaire  
Pôle ressources humaines  
5 allée de l'Île-Gloriette – 44093 Nantes Cedex 1  
[www.chu-nantes.fr](http://www.chu-nantes.fr)