ANALYSE D'ACCIDENT

accident de service accident de trajet

À renseigner par l'assistant de prévention dans les plus brefs délais

Renseignements concernant l'accident :

Date de l'accident	
Lieu de l'accident	
Nom(s) de la (des) victime(s)	
Nom(s) du (des) témoin(s)	
Date de la déclaration de l'accident	

Recueil des faits :

Enquête ou visite sur le lieu de l'accident ?	OUI ☐ NON ☐	Si OUI, date :
CHSCT informé ?	OUI ☐ NON ☐	
Enquête ou visite par le CHSCT	OUI ☐ NON ☐	Si OUI, date :
Nom(s) du (des) témoin(s)		
Date de la déclaration de l'accident		
Circonstances :		
Individu - personne(s) impliquée(s), âge, formation, ancienneté au poste occupé, formation adaptée au poste occupé,...	Tâche effectuée au moment de l'accident – travail prescrit, consigne, travail réel, avec qui,...	
Matériels - outils, produit utilisés au moment de l'accident, fonctionnement, vétusté, défaut entretien,...	Milieu – espace de travail, environnement, horaires de travail, relation de travail...	
Exposé des faits recueillis :		
Mesure immédiate mise en place ?	OUI ☐ NON ☐	Si oui précisez :

--	--

Analyse des données recueillies :

Principale famille de risque (à choisir parmi les 23 familles de risques)	
Conséquences potentielles :	
Séquelles prévisibles	OUI ☐ NON ☐
Accident similaire déjà déclaré ?	OUI ☐ NON ☐
Si oui, mesures mises en œuvre ?	OUI ☐ NON ☐ Si OUI, précisez :
Gravité : ☐ 1- Mineure ☐ 2-Moyenne ☐ 3-Sévère ☐ 4- Majeure	Probabilité de répétition : ☐ 1- Rare ☐ 2-Occasionnelle ☐ 3-Fréquente ☐ 4- Inévitable
Analyse des causes ?	OUI ☐ NON ☐ Si oui méthode utilisée :
Causes probables :	

Préconisations :

Action(s) préconisée(s) par l'assistant de prévention pour éviter la récurrence et/ou pour diminuer la gravité :
--

Décisions :

Décision(s) du chef de service :

Suites à donner :

Document unique d'évaluation des risques professionnels mis à jour ?	OUI ☐ NON ☐	Si OUI, date :
CHSCTD informé ?	OUI ☐ NON ☐	Si OUI, date :
Médecin de prévention informé ?	OUI ☐ NON ☐	Si OUI, date :