Site :

Adresse :

Heure :

Date de l’événement :

Nom de l’accidenté ou du travailleur impliqué :

Poste de travail où a eu lieu l’accident :

Supérieur immédiat :

Fonction :

Témoins :

-

-

Nature de la blessure (cocher ou préciser)

[ ]  Coupure [ ]  Déchirure [ ]  Amputation [ ]  Brûlure [ ]  Corps étranger [ ]  Hématome [ ]  Autre (Préciser) :

Conséquence de l’accident :

[ ] L'accident ne nécessite pas d'arrêt de travail [ ]  L’accident nécessite une interruption du travail

[ ]  Hospitalisation [ ]  Décès [ ] Autre : préciser

Partie du corps affecté par la lésion, indiquer le siège de la liaison :



* **Les circonstances de l’accident, en détaillant le plus possible :**
* **Ensemble des faits recueillis lors de l’enquête (Méthode QQOQCCP) :**

Relatifs à la personne (Qui) :

-

-

-

-

Relatifs à la tâche(Quoi) :

-

-

-

-

Relatifs au lieu (Où) :

-

-

-

-

Relatifs au moment(Quand) :

-

-

-

-

-

Relatifs à l’équipement et au matériel (Comment)

-

-

-

-

-

Relatifs à l’organisation (Pourquoi):

-

-

-

-

-

* **L’analyse des causes de l’accident (Arbre des causes) :**
* **Recommandation de mesures préventives :**

-

-

-

-

-

-

* **Enquête et analyse faites-le .../.../... Par :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom, prénom, fonction** | **fonction** | **Signature** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Rapport d’enquête et d’analyse d’accident transmis le ../../.. par mail à :**

-

-

-

-

-

* **Décision motivée de la direction**

-

-

-

-

Responsable de la mise en œuvre Date de mise en œuvre

*Fin du document*