

# **FICHE D'ACCIDENT DU TRAVAIL OU DE MALADIE PROFESSIONNELLE**

Cette fiche doit être remplie dans tous les cas  
d'accident du travail ou de maladie professionnelle



Nom et adresse de l'entreprise \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

S'agit-il d'un accident du travail  ou d'une maladie professionnelle

Dans quel département l'événement s'est-il produit ? \_\_\_\_\_

Sur quel quart de travail ? \_\_\_\_\_

Une enquête a-t-elle été effectuée OUI  NON

Si oui, à quelle date ? \_\_\_\_\_ Par qui ? \_\_\_\_\_

Si non, pourquoi ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de la personne accidentée \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Âge \_\_\_\_\_ Sexe H  F

Décrire brièvement l'accident ou les circonstances qui ont causé la maladie

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quelles sont les conséquences de l'accident ou de la maladie (ex : coupure, cassure, tendinite)?

---

---

---

Quels soins ont été nécessaires :

Premiers soins ?	<input type="checkbox"/>		
Visite à l'hôpital ?	<input type="checkbox"/>	Lequel ?	Nom du médecin
Hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>		

La personne a-t-elle eu un arrêt de travail ?  
OUI  NON

Combien de temps ?

La personne est-elle victime d'une incapacité  
permanente ?   
partielle ?   
totale ?   
mortalité ?

Donner des détails sur l'incapacité.

---

---

---

Fiche remplie par : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_