

SÉCURITÉ ET SANTE AU TRAVAIL

Protocole d'événement

Enquête effectuée par:	
Nom, prénom :	Date :
Département :	Téléphone :
Genre d'événement	
Accident professionnel : <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle : <input type="checkbox"/> Accident non professionnel : <input type="checkbox"/>	
Renseignements relatifs à la personne atteinte	
Nom, prénom :	
Matricule n°	Date d'embauche:
Activité actuelle habituelle :	Date de naissance :
Fonction dans l'entreprise :	Depuis quand :
Renseignements concernant le(s) témoin(s)	
Nom, prénom : 1	
2	
Indications sur l'événement	
Date de l'événement :	Heure:
Lieu de l'événement :	Objet en cause: (Machine, appareil...)
Partie du corps atteinte :	Type de blessure: (Coupure, cassure...)
Description de l'événement	
.....	<p>Désignez les parties atteintes</p>

Type d'événement			
Accident professionnel		Accident non professionnel	
Glisser, trébucher, chuter	<input type="checkbox"/>	Travail à la maison et au jardin	<input type="checkbox"/>
Etre coincé, écrasé, heurté	<input type="checkbox"/>	Circulation	<input type="checkbox"/>
Être atteint par quelque chose	<input type="checkbox"/>	Sport	<input type="checkbox"/>
Se piquer, se couper	<input type="checkbox"/>	Autres :	<input type="checkbox"/>
Etre happé, pris sur / sous quelque chose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influence de substances nocives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies professionnelles			
Maladies de la peau	<input type="checkbox"/>		
Appareil locomoteur	<input type="checkbox"/>		
Bruit	<input type="checkbox"/>		
Maladies des voies respiratoires	<input type="checkbox"/>		
Autres :	<input type="checkbox"/>		
.....	<input type="checkbox"/>		
Absences (Pas d'arrêt de travail <input type="checkbox"/>)			
.....% pendant jours ouvrables	<input type="text" value=".....j."/>	heures manquantes	<input type="text" value=".....h."/>
.....% pendant jours ouvrables	<input type="text" value=".....j."/>	heures manquantes	<input type="text" value=".....h."/>
Total jours manquants	<input type="text" value=".....j."/>	Total heures manquantes	<input type="text" value=".....h."/>
Causes (réalité !) T : Technique, O : Organisationnelle, P : Personnelle			
		T	O
.....			
.....			
.....			
.....			
Mesures		TOP	Délai
urgentes		
		
		
à long terme		
		
		