



d) Quels **événements déviant** par rapport au processus normal du travail ont provoqué l'accident ? (p. ex., problème électrique, explosion, feu, débordement, renversement, écoulement, émission de gaz, rupture, chute ou effondrement d'objet, démarrage ou fonctionnement anormal d'une machine, perte de contrôle d'un moyen de transport ou d'un objet, glissade ou chute de personne, action inopportune, faux mouvement, surprise, frayeur, violence, agression, etc.). Précisez tous ces faits ET les **objets impliqués (agent matériel)** s'ils ont joué un rôle dans leur survenue (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)

.....

.....

e) Comment la victime a-t-elle été blessée (lésion physique ou psychique) ? Précisez chaque fois par ordre d'importance tous les différents **contacts** qui ont provoqué la (les) blessure(s) (p. ex., contact avec un courant électrique, avec une source de chaleur ou des substances dangereuses, noyade, ensevelissement, enveloppement par quelque chose (gaz, liquide, solide), écrasement contre un objet ou heurt par un objet, collision, contact avec un objet coupant ou pointu, coincement ou écrasement par un objet, problèmes d'appareil locomoteur, choc mental, blessure causée par un animal ou par une personne, etc.) ET les **objets impliqués (agent matériel)** (p. ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)

.....

.....

15. Premiers soins donnés le (2) ...../...../..... à ..... h par le médecin ou dans l'établissement hospitalier:

Nom: .....

Rue / n° / boîte: ..... Code postal: |..|..|..| Commune: .....

16. Procès-verbal dressé à ..... le (2) ...../...../..... par .....

17. Nom et adresse du responsable éventuel: .....

et de son assureur: ..... N° police: .....

18. Témoins:                      Nom                                      Rue / N° / boîte                                      Code Postal                                      Commune

.....

.....

Déclarant (nom et qualité): ..... Signature: .....

Date (2): ...../...../.....

**Fiche d'accident - année ..... n° .....**

En cas d'accident grave, l'administration avertira l'inspecteur compétent pour la sécurité du travail de SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale suivant les modalités prévues à l'article 26 de l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif à la politique du bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail (M.B. 31 mars 1998).

19. **Nature de l'accident** (3) :     accident du travail     accident sur le chemin du travail     accident en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime (article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967)

**IV. Données concernant l'EMPLOYEUR**

20. Adresse de la division ou du service dont dépend la victime :

Rue / n° / boîte: ..... Code postal: |..|..|..| Commune: .....

21. Service externe chargé du contrôle médical - Nom: .....

Rue / n° / boîte: ..... Code postal: |..|..|..| Commune: .....

22. Nombre total de membres du personnel occupés dans le département, l'institution, la commune, le C.P.A.S., l'établissement, etc. à la fin du mois précédant l'accident : .....

23. Nombre total de jours de travail prestés depuis le début de l'année jusqu'à la fin du mois précédant l'accident: .....

**V. Données concernant la VICTIME et l'ACCIDENT**

24. Date d'entrée en service de la victime (2): ...../...../.....

25. Durée de l'emploi :     indéterminée     déterminée

26. La date de sortie de service est-elle connue ?     oui     non    Si oui, date de sortie de service (2): ...../...../.....

27. Nature de l'emploi :     à temps plein     à temps partiel

28. Catégorie professionnelle (3):  agent définitif     contractuel     stagiaire     formation pour un travail rémunéré     autre (à préciser) .....

29. Fonction habituelle dans l'administration: ..... Code CITP : |..|..|..|

30. Durée d'exercice de cette fonction par la victime dans l'administration, dans le service ou l'établissement :

moins d'une semaine     d'une semaine à un mois     d'un mois à un an     plus d'un an

31. A quel type de poste de travail la victime se trouvait-elle ? <sup>(5)</sup>
- poste de travail habituel ou unité locale habituelle
- poste de travail occasionnel ou mobile ou en route pour le compte de l'employeur
- autre poste de travail
32. Date de déclaration à l'employeur <sup>(2)</sup>: ...../...../.....
33. Heures à prester par la victime le jour de l'accident: de ..... h à ..... h et de ..... h à ..... h
34. Remarques concernant les circonstances et causes matérielles de l'accident (éléments à ajouter à la déclaration de la victime) :
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

## VI. Données concernant la PREVENTION

35. Activité de la division ou du service où la victime exerce habituellement sa fonction :
- .....
36. Au moment de l'accident la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? <sup>(3)</sup>
- Oui  Non Si non, quelle activité exerçait-elle ? : .....
- S'agit-il d'un accident visé à l'article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 ? <sup>(3)</sup>  Oui  Non
37. Type de travail: ..... Code <sup>(8)</sup>: |..|..|
38. Dernière déviation qui a conduit à l'accident:..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|
39. Agent matériel de cette déviation: ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..| |..|..|
40. Contact-modalité de la blessure: ..... Code <sup>(8)</sup>: |..|..|
41. Lésion - Nature <sup>(7)(6)</sup>: ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|..| Localisation <sup>(7)(6)</sup>: ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|
42. Conséquences de l'accident <sup>(7)(6)</sup> :
- pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir
- pas d'incapacité temporaire de travail, mais des prothèses à prévoir
- incapacité temporaire de travail
- incapacité permanente de travail à prévoir : l'incapacité permanente prévue est : ..... %
- décès, date du décès <sup>(2)</sup>: ...../...../.....
43. Cessation de l'activité professionnelle – date <sup>(2)</sup>: ...../...../..... ..... h ..... min
44. Date de reprise effective du travail <sup>(2)</sup>: ...../...../.....
- S'il n'y a pas encore eu reprise, durée probable de l'incapacité temporaire de travail : ..... jours
45. De quels moyens de protection la victime était-elle équipée lors de l'accident ?
- aucun  casque  gants  lunettes de sécurité  écran facial
- veste de protection  tenue de signalisation  protection de l'ouïe  chaussures de sécurité
- masque respiratoire avec apport d'air frais  masque respiratoire à filtre  masque antiseptique
- protection contre les chutes  autres : .....
46. Mesures prises ou à prendre pour prévenir de semblables accidents:
- ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|
- ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|
- ..... Code <sup>(6)</sup>: |..|..|

Déclarant de l'autorité (nom et qualité): .....

Nom du conseiller en prévention : .....

Date <sup>(2)</sup>: ...../...../.....

Signature : .....

Signature:

- (1) = Facultatif
- (2) = Jour / mois / année
- (3) = Cocher ce qui convient
- (4) = Format obligatoire à partir de 2011. Jusqu'à 2010, vous pouvez mentionner le numéro de compte dans le format en 12 positions.
- (5) = Ne pas compléter s'il s'agit d'un accident sur le chemin du travail.
- (6) = Pour répondre à ces questions, consulter les tableaux repris en annexe IV de l'A.R. du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail (M.B. 31 mars 1998).
- (7) = Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale.
- (8) = Voir liste reprise à l'AR du 19 avril 1999 fixant les éléments de la déclaration d'accident à communiquer au Fonds des accidents du travail.