

ACCIDENT DE TRAVAIL

Aide à la déclaration

☐ PERSONNELS CONCERNÉS

Tous les personnels du CHU (titulaires, stagiaires, contractuels, médecins, étudiants etc.).

☐ DOCUMENTS INDISPENSABLES À LA CONSTITUTION DU DOSSIER

À déposer dans les 48 heures (hors week-end et jours fériés) avec tous les documents ci-joint dûment remplis au bureau du personnel qui vous remettra un carnet de soins gratuits.

I - Déclaration de l'accidenté (document n°1)

- I.1. Indiquer :
- ✓ le lieu
 - ✓ la date
 - ✓ l'heure
 - ✓ les horaires de travail le jour de l'accident
- } de l'accident

I.2. Mentionner les causes et circonstances :

I.2.1. S'il s'agit d'une chute, glissade en préciser la raison
(ex. : sol mouillé, glissant, irrégularité du sol)

I.2.2. S'il s'agit d'un effort, soulèvement, préciser s'il s'agit :

- ✓ d'un malade
- ✓ d'une charge lourde (carton, matériel,...)
- ✓ préciser le poids approximatif.

I.2.3. S'il s'agit d'un accident de trajet, fournir en plus, s'il y a lieu :

- ✓ un plan du trajet indiquant le lieu de l'accident
- ✓ une photocopie du constat à l'amiable
- ✓ une photocopie du procès verbal de police
- ✓ **un certificat du témoin**

I.2.4. S'il s'agit d'un accident d'exposition au sang (AES) respecter l'anonymat du patient source et son statut sérologique.

II - Certificat médical (document n° 2) :

Peut être établi à votre convenance par :

- le médecin traitant
 - le médecin du travail
 - un médecin du Centre Hospitalier Universitaire
- } médecin thésé avec signature identifiable + tampon du service

Doit constater :

- la nature
- le siège, le côté
- la gravité des blessures

II.1. S'il s'agit d'un accident d'exposition au sang (AES) ou à un liquide biologique, cocher la case :
Lésion ou projection potentiellement contaminante en cas d'accident exposant au sang ou à un liquide biologique potentiellement contaminé par du sang : ☐ oui

II.2. Sur tout certificat médical délivré par un médecin du CHU, faire figurer le tampon de l'UG du service.

II.3. S'il y a lieu, fournir le compte rendu des radiographies réalisées

III - Si témoin, joindre sa déclaration (document n° 3).

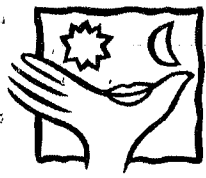
IV - La déclaration du responsable du service (document n° 4).

➡ Démarche légale à respecter impérativement :

► En cas d'arrêt de travail, qu'elle qu'en soit la durée, imputable à un accident de travail, la reprise d'activité ne sera autorisée qu'après avoir satisfait à une visite médicale auprès du médecin du travail de l'établissement qui délivrera un certificat médical de reprise du travail.

➡ Visite de préreprise :

► Vous pouvez demander un rendez-vous auprès de votre médecin du travail en cas de difficultés prévisibles à la reprise du travail



CHU

Hôpitaux de
Bordeaux

Document n° 1

**ACCIDENT DE TRAVAIL
DÉCLARATION DE L'ACCIDENTÉ**

Je soussigné(e) :

Nom : Epouse : Prénom :

Fonction : Service : Code Agent :

N° de Sécurité Sociale :

Déclare que l'accident dont j'ai été victime le : à heures

Lieu :

S'est produit dans les circonstances suivantes : (cf. page 1, point n° **I.2.**)

.....

.....

.....

.....

.....

Horaires de travail :

Cet accident a eu 1 ou des témoins : ☐ oui ☐ non

Si oui : nom : prénom :

(déclaration du témoin à remplir cf. doc n°3)

Fait le

Fait à Talence, le

À

Signature de l'accidenté

Le Directeur

Tampon du service

**ACCIDENT DE TRAVAIL
CERTIFICAT MÉDICAL**

Je soussigné(e) Docteur

Certifie avoir examiné

Qui dit avoir été victime d'un accident du travail le

Il ou elle présente :

.....

.....

.....

.....

.....

Lésion ou projection potentiellement contaminante en cas d'accident exposant au sang ou à un liquide

biologique potentiellement contaminé par du sang : ☐ oui ☐ non

Fait à Talence, le

Signature du médecin

**ACCIDENT DE TRAVAIL
DÉCLARATION DU TÉMOIN**

Déclaration du témoin

Je soussigné(e),

Né(e) le à

Domicilié(e) :

.....

Certifie avoir été témoin de l'accident dont a été victime :

M

Le : à :heures

Lieu :

Me trouvant placé(e) :

.....

.....

.....

Fait à Talence, le

Signature du témoin

ACCIDENT DE TRAVAIL
ATTESTATION DU RESPONSABLE

Je soussigné(e).....

Fonction :

Certifie avoir été informé(e) le : àheures

De l'accident survenu ledont a été victime :

M

qui effectuait ce jour là les horaires suivants :

Fait à Talence, le

Signature du responsable