



**PROCEDURE DE DÉCLARATION
D'ACCIDENT du TRAVAIL ou SUR LE CHEMIN du TRAVAIL.**



1) La VICTIME reçoit les **PREMIERS SOINS SUR PLACE**

ou

est **EMMENÉE** ↗ le **MÉDECIN** ou ↗ **URGENCES**

2) La VICTIME (ou un **TÉMOIN**) **AVERTIT** (ou fait avertir) le **CHEF de SERVICE** ou son délégué.

3) Le CHEF de SERVICE ou son délégué :

a) **PREND CES DOCUMENTS :**

- 1) *Déclaration AT* (≠ pages dont certificat médical)
- 2) *Formulaire A*
- 3) *Certificat Medex*

b) **ACCOMPAGNE** (ou rejoint) la victime ↗ le **MÉDECIN** ou ↗ **URGENCES**

4) Le MEDECIN EXAMINE la victime et **REMPPLIT** :

- 1) *le formulaire A*
- 2) *le certificat médical (page 5 de la déclaration)*
- 3) *certificat Medex (si nécessaire).*

5) Le CHEF de SERVICE ou son délégué **COMPLÈTE ces** documents et les **TRANSMET** à la **PERSONNE** de contact **RESPONSABLE** de la gestion des **ACCIDENTS du TRAVAIL** à l'Administration communale, au CPAS, à l'ASBL :

NOM : M./Mme Tél. :

6) La PERSONNE RESPONSABLE DE LA GESTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL (M./Mme) **AVERTIT** immédiatement :

Le Correspondant SIPP local : Miguel COMBREXELLE 0497/70.09.22 - 061/26.09.83

7) Le CONSEILLER EN PRÉVENTION DU SIPP, seul habilité à remplir le volet VI de la déclaration d'accident, **COMPLÈTE** :

- ↗ Soit le document papier et le **RETOURNE SIGNÉ** à la personne de contact ;
- ↗ Soit le document informatique via le site Extranet d'Ethias et **ENVOIE** un **MAIL** à la personne de contact pour valider et confirmer son intervention.

ATTENTION !

Si l'accident du travail s'avère être qualifié de GRAVE, selon des critères légaux et précis, une investigation détaillée doit être effectuée exclusivement par le Conseiller en prévention du SIPP, dans un délai de 72 heures maximum, afin de respecter les délais légaux de transmission au SPF Emploi, Travail et Concertation sociale.



ADMINISTRATION COMMUNALE DE SAINT-HUBERT.

FORMULAIRE A : PREMIERE DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL.

A TRANSMETTRE DANS LES 2 JOURS OUVRABLES.

→ Charlotte LEDUC → Françoise CORNET

Département - Service : -----

Nom du chef de service : -----

Nom, prénom de la victime : -----

Date et heure de l'accident : -----

Lieu précis (bâtiment – local – endroit, ...) : -----

Partie à remplir par l'autorité médicale ayant pris en charge l'agent victime d'un accident du travail ou d'un accident sur le chemin du travail :

<u>1) Nature des lésions.</u>			
- Plaies avec pertes de substances occasionnant plusieurs jours d'incapacité de travail.	O/N	- Effets nocifs de l'électricité occasionnant plusieurs jours d'incapacité de travail.	O/N
- Fractures osseuses.	O/N	- Brûlures occasionnant plusieurs jours d'incapacité de travail.	O/N
- Amputations traumatiques (perte de membres).	O/N	- Asphyxies et noyade.	O/N
- Amputations.	O/N	- Effet des radiations (non thermiques) occasionnant plusieurs jours d'incapacité de travail.	O/N
- Commotions et traumatismes internes qui, en l'absence de traitement, peuvent mettre la survie en cause.	O/N	- Autres	O/N
- Empoisonnements aigus.			

OU

2) Les lésions occasionnées par l'accident du travail ou sur le chemin du travail ne relèvent pas des points cités plus haut.

Cachet du MEDECIN

Date et Signature

DECLARATION D'ACCIDENT DU TRAVAIL

Exemplaire destiné à Ethias
 Caisse commune d'assurance contre les accidents du travail
 Rue des Croisiers, 24 4000 Liège
 Tél. 04/220.31.11 Fax 04/220.30.05

N° du contrat

N° du dossier
 (à compléter par Ethias.)

Tout accident doit être déclaré. La déclaration est faite par la victime, son ayant droit, son chef hiérarchique ou toute autre personne intéressée. Ce document complété est à envoyer le plus vite possible au service compétent de votre administration accompagné du modèle B (attestation médicale) dès qu'il y a plus d'un jour d'incapacité

Les rubriques II et III sont complétées par le déclarant. Les rubriques I, IV, V et VI sont complétées par l'employeur.

I. Données concernant l'EMPLOYEUR

1. Dénomination de l'administration, du service ou de l'établissement: Tél.: Fax:
2. Rue/n°/boîte: Code postal: Commune:
3. Objet de l'administration: Code NACE-BEL:
4. Numéro d'entreprise: et le cas échéant, numéro d'unité d'établissement:

II. Données concernant la VICTIME

5. Nom et prénoms: Nom de l'époux (1):
6. Date de naissance (2): Sexe (3): M F Rôle linguistique:
7. N° du Registre national: Nationalité:
8. N° du dossier auprès du service médical compétent: 9. N° de compte bancaire: N° compte IBAN (4): N° compte BIC:
10. Résidence principale: rue/n°/boîte: Code postal: Commune:

III. Données concernant l'ACCIDENT

11. Jour de l'accident: Date (2): heure min
12. Lieu de l'accident : dans l'administration, le service ou l'établissement à l'adresse mentionnée au champ 2
 sur la voie publique. Si oui, est-ce un accident de la circulation ? : oui non
 à un autre endroit

Si vous avez coché une des deux dernières cases, indiquez l'adresse (en cas de chantier mobile ou temporaire, seulement le code postal et le n° du chantier)

Rue/n°/boîte : Code postal : Commune : Pays :

Numéro du chantier :

13. Au moment de l'accident, la victime exerçait-elle une occupation dans le cadre de sa fonction habituelle ? (3): oui non
 Si non, quelle occupation exerçait-elle ?

S'agit-il d'un accident prévu à l'article 2. alinéa 3. 2° de la loi du 3 juillet 1967 (accident subi en dehors des fonctions, causé par un tiers, du fait des fonctions exercées par la victime) ? (3): oui non

14. a) Dans quel environnement (type de lieu) la victime se trouvait-elle lorsque l'accident s'est produit ? (p.ex. aire de maintenance, lieu d'élevage de bétail, bureau, école, magasin, hôpital, parking, salle de sports, toit d'un hôtel, maison privée, égout, jardin, autoroute, navire à quai, sous l'eau, etc.):
- b) Précisez l'activité générale (le type de travail) qu'effectuait la victime ou la tâche (au sens large) qu'elle accomplissait lorsque l'accident s'est produit (p.ex. transformation de produits, stockage, tâches de type forestier, tâches avec des animaux, soins, assistance d'une personne ou de plusieurs, formation, travail de bureau, achat, vente, etc. OU tâches auxiliaires de ces différents travaux, telles que l'installation, le désassemblage, la maintenance, la réparation, ou le nettoyage.):
- c) Précisez l'activité spécifique de la victime lorsque l'accident s'est produit (p.ex. remplissage de la machine, utilisation d'outillage à main, conduite d'un moyen de transport, saisie, levage, roulage, portage d'un objet, fermeture d'une boîte, montée d'une échelle, marche, prise de position assise etc.) ET les objets impliqués (agent matériel) (p.ex. outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.):
- 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 inopportun, 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, entêtement, 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.):

III. Données concernant l'accident (suite)

15. Premiers soins donnés le (2): _____ à _____ heure _____ min par le médecin ou 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)
Date (2):

Signature

.....

Fiche d'accident - année 1°

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^e, 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 extérieur 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, le corps de police, etc., à la fin du mois précédent l'accident:

23. Nombre total de jours de travail prestés depuis le début de l'année jusqu'à la fin du mois précédent 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 autre (à préciser): _____

29. Fonction habituelle dans l'administration: _____ Code CITP: 0.....0.....0

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 ? (5):
 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 (2): _____

33. Heures à prestérer par la victime le jour de l'accident:
de ____ heure ____ min à ____ heure ____ min et de ____ heure ____ min à ____ heure ____ min

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 ? (3): oui non

Si non, quelle activité exerçait-elle ?

S'agit-il d'un accident prévu à l'article 2, alinéa 3, 2°, de la loi du 3 juillet 1967 ? (3): oui non

37. Type de travail: Code (8): 0.....0.....0

38. Dernière déviation qui a conduit à l'accident: Code (6): 0.....0.....0

39. Agent matériel de cette déviation: Code (6): 0.....0.....0.....0.....0.....0

40. Contact-modalité de blessure: Code (8): 0.....0.....0

41. Lésion - Nature (7) (6): Code (6): 0.....0.....0.....0

Localization (7) (6): Code (6): 0.....0.....0.....0

42. Conséquences de l'accident (7) (6): Code (6): 0.....0.....0.....0

- 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 (2) : _____

43. Cessation de l'activité professionnelle - date (2) : _____ heure ____ min.

44. Date de la reprise effective du travail (2) : _____

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 (6): 0.....0.....0

..... Code (6): 0.....0.....0

..... Code (6): 0.....0.....0

Déclarant de l'autorité (nom et qualité):

Nom du conseiller en prévention:

Date (2): _____

.....

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. 3) mars 1998)

(7) = Pour répondre à ces questions, consulter l'attestation médicale

(8) = Voir liste reprise à l'A.R. du 19 avril 1999 fixant les éléments de la déclaration d'accident à communiquer au Fonds des accidents du travail.

Exemplaire destiné à Ethias
Caisse commune d'assurance contre les accidents du travail
Rue des Croisiers, 24 – 4000 LIEGE - Tél. 04/220 31 11 - Fax 04/220 33 50

CERTIFICAT MEDICAL

Module B

- (1) Nom, prénom, qualité, adresse du médecin.
 - (2) Nom, prénom, adresse de la victime.
 - (3) Indiquer le genre et la nature des blessures, les parties du corps atteintes : fracture du bras, contusion à la tête, aux doigts ; lésions internes, asphyxie, etc...
 - (4) Indiquer les suites certaines ou présumées des lésions constatées : mort - incapacité permanente, totale ou partielle - incapacité temporaire, totale ou partielle, en mentionnant la durée présumée de cette incapacité temporaire.
 - (5) Le fait que le médecin a mission de constater est l'incapacité résultant normalement des lésions mêmes, sans avoir égard à toutes autres circonstances.
 - (6) Indiquer, selon les cas, que le blessé est soigné à son domicile, ou à celui du médecin, ou à tel hôpital, ou encore à tel autre endroit.
 - (7) Si le médecin a cette conviction en indiquer les motifs d'une manière précise afin de permettre à l'administration de prendre décision en parfaite connaissance de cause.

Fait à le à h

Signature

Déclarations complémentaires

1. Y a-t-il concours de circonstances, telles qu'infirmités, maux ou maladie, susceptibles de provoquer des complications ? Si oui, lesquelles ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
	
2. Quand la victime a-t-elle recouru pour la première fois à vos soins ?	Le	
3. Doit-on craindre une issue fatale ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
4. Doit-on craindre une invalidité permanente ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
5. Une intervention chirurgicale a-t-elle été pratiquée ? Laquelle ? Dans quel établissement et par quel chirurgien ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
6. Le blessé peut-il se déplacer ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

DEMANDE DE SOINS MEDICAUX

Le présent document et les deux formulaires de certificats médicaux ci-jointes sont à remettre d'urgence à la victime. Celle-ci les présentera au médecin consulté.

Je soussigné

agissant au nom de (désignation de l'employeur)

prie M.

médecin à rue n°

de bien vouloir donner ses soins, pour compte d'Ethias, Caisse commune d'assurance contre les accidents du travail, rue des Croisiers, 24 à 4000 LIEGE, assureur "Loi".

à M.

Demeurant à rue n°

qui a été victime d'un accident le à heures

Circonstances de l'accident :

Fait à le
Signature

Avis important à MM. les Médecins

Les formules ci-jointes de certificat doivent être remises immédiatement à la victime ou renvoyées d'urgence à l'employeur.

Le présent document est à conserver par le médecin jusqu'à la fin du traitement, il convient pour l'établissement de la note d'honoraires.

Les frais de tout traitement spécial (massage, mécanothérapie, électrothérapie, etc.) ne sont à charge de la Caisse commune d'assurance qu'avec l'accord préalable de celle-ci.

Exemplaire destiné à Ethias
Caisse commune d'assurance contre les accidents du travail
rue des Croisiers, 24 – 4000 LIEGE - Tél. 04/220.31.11 - Fax 04/220.33.50

CERTIFICAT DE GUERISON

Nom, prénom et domicile du médecin
Employeur
Nom, prénom et domicile du blessé
Date de l'accident
Date de la guérison
Date de la reprise du travail
Subsistait-il une invalidité permanente ?
Durée de l'incapacité totale de travail jours, soit du au inclus
Durée et taux de l'incapacité partielle de travail jours, soit du au inclus à % jours, soit du au inclus à %

ETAT D'HONORAIRES

SI VOUS POSTULEZ LE PAIEMENT DE VOS HONORAIRES AU MOYEN DE CE DOCUMENT, AUCUNE ATTESTATION DE SOINS NE PEUT ETRE ETABLIE.

A régler au compte n°

du docteur à ,

Fait le

