

<input type="checkbox"/> <b>ELECTRABEL</b> <input type="checkbox"/> <b>CONTRACTANT</b> (nom de la firme) ..... .....	<b>CONSTAT D'ACCIDENT DU TRAVAIL</b> <sup>(1)</sup>	<b><u>Date et Heure</u></b> .../.../..... h...	
<b>1. Données personnelles de la victime</b>			
Nom : ..... Prénom : ..... Age : ..... ans Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Mutuelle (+ adresse) : ..... NISS (numéro de registre national) : _ _ . _ _ . _ _ - _ _ _ . _ _		<input type="checkbox"/> Zone: SCP - Doel - Tihange - Nord - Sud - M & S - Siège central - Laborelec <input type="checkbox"/> Site : ..... <input type="checkbox"/> Service: .....	
<b>2. Accident</b>			
<input type="checkbox"/> Accident du travail <input type="checkbox"/> Accident sur le chemin du travail S'agit-il d'un accident de la circulation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Jour : ..... Date : .../.../..... Heure : ..... h..... Rue - N° - Lieu (Localisation précise) : ..... CP : ..... Commune : .....		La victime se trouvait-elle à son poste de travail habituel ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non La victime se trouvait-elle à un poste de travail occasionnel ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → Si oui, pourquoi ? ..... Heure de l'interruption du travail : ...h ...	
<b>3. Description de l'accident</b>			
Décrivez dans quel type de lieu la victime se trouvait lorsque l'accident s'est produit (ex : chantier, salle des machines, bureau, magasin, chez un client, etc.) : ..... ..... ..... Précisez l'activité ou la tâche qu'effectuait la victime lorsque l'accident s'est produit (ex. : construction, travaux de maintenance, terrassement, démolition, déplacement, etc.) : ..... ..... Décrivez précisément les circonstances qui ont conduit à l'accident (ex. : glissade, perte de contrôle d'un véhicule, faux mouvement, agression, produit dangereux, etc.) ainsi que TOUS les objets impliqués s'ils ont joué un rôle (ex. : outillage, équipement, objets, instruments, etc.) : ..... ..... .....		Précisez l'action que faisait la victime lorsque l'accident s'est produit (ex. : montée d'une échelle, prise de position assise, marche, conduite d'un moyen de transport, etc.) : ..... ..... .....	
<b>4. Tiers responsable : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>			
Nom : ..... Prénom : ..... Adresse : ..... Téléphone : .....		Assurance et numéro de police : ..... Véhicule concerné (immatriculation – marque – type) : ..... Si PV, numéro : ..... Rédigé par ..... le .../.../...	
<b>5. Témoins: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</b>			
	<input type="checkbox"/> EBL <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> EBL <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> EBL <input type="checkbox"/> Autre
Nom			
Prénom			
Adresse			
Langue			
<b>6. Soins</b>			
Des soins médicaux ont-ils été dispensés ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Sur place – par qui ? ..... <input type="checkbox"/> Par un médecin (nom, adresse + numéro INAMI) : ..... <input type="checkbox"/> A l'hôpital – lequel ? (nom + adresse) : .....		Heure des soins : ...h... et en qualité de : <input type="checkbox"/> infirmier <input type="checkbox"/> secouriste	

(1) Le constat et le certificat médical, transmis au SIPP valent déclaration d'accident à l'employeur.

**Il est conseillé de prévenir sa mutuelle de la survenance de cet accident.**

<b>Déclarant</b> (nom en toutes lettres –titre ) : ..... <b>Date</b> : .../.../... <b>Heure</b> : ... / ... <b>Téléphone</b> : .....	<b>Signature</b> :
NB : Par « déclarant », il faut comprendre « l'agent accidenté » ou « ses ayant-droits » ; à défaut l'employeur (la ligne hiérarchique, minimum niveau maîtrise). L'agent accidenté ou ses ayant-droits peuvent toujours se faire assister par la ligne hiérarchique.	

### 7. Analyse de l'accident par la hiérarchie

#### Circonstances de l'accident (un seul choix autorisé)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Non déterminé</b> : <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Autres causes<br><br><input type="checkbox"/> <b>Fluide</b> : <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> BT <input type="checkbox"/> MP <input type="checkbox"/> BP <input type="checkbox"/> Combustible <input type="checkbox"/> Air<br><input type="checkbox"/> Vapeur <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> Radiations ionisantes<br><input type="checkbox"/> Produits dangereux<br><br><input type="checkbox"/> <b>Chute</b> : <input type="checkbox"/> De plain-pied <input type="checkbox"/> En hauteur<br><br><input type="checkbox"/> <b>Manutention</b> : <input type="checkbox"/> Manuelle <input type="checkbox"/> Mécanique<br><br><input type="checkbox"/> <b>Éléments externes</b> : <input type="checkbox"/> Agression de personne<br><input type="checkbox"/> Violence de personne<br><input type="checkbox"/> Agression d'animaux | <input type="checkbox"/> <b>Equipements</b> : <input type="checkbox"/> Défaillance<br><input type="checkbox"/> Mauvaise utilisation<br><input type="checkbox"/> Outillage<br><br><input type="checkbox"/> <b>Circulation</b> : <input type="checkbox"/> Auto- Conducteur<br><input type="checkbox"/> Auto- Passager<br><input type="checkbox"/> Moto- Conducteur<br><input type="checkbox"/> Vélo<br><input type="checkbox"/> Piéton<br><input type="checkbox"/> Transport en commun<br><br><input type="checkbox"/> <b>Autre</b> : ..... |
|--|---|

➤ <b>EPC (lesquels ?) : (Cochez un élément par point)</b>	Inexistant	Non utilisé	Mal utilisé	Inadapté
1. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ <b>EPI (lesquels ?) : (Cochez un élément par point)</b>	Non utilisé	Mal utilisé	Inadapté
1. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Une procédure a-t-elle été suivie (laquelle ?) :** .....
- Locale     Harmonisée     Inadaptée ou incomplète     Inexistante     Non appliquée
- **Formation reçue :**  Non     Oui, depuis quand?  < 2 ans     < 5ans,     >= 5 ans
- **Équipement de travail - Outillage (lesquels ?) :**  
 Inadapté     En mauvais état     Mal utilisé
- **Commentaires complémentaires :** .....
- .....
- .....

<b>SCHEMA</b>

**Annexes éventuelles** (identifier les annexes en précisant le lieu, la date, l'heure, la victime et un numéro de suite) :

<b>Responsable de l'analyse</b> (nom en toutes lettres – titre ) : ..... .....	<b>Signature</b> :
<b>Date</b> : .../.../... <b>Téléphone</b> : .....	