

Compte rendu d'événement

Date de l'événement: _____

Enquête menée par

Nom, prénom: _____ Date: _____

Division: _____ Téléphone: _____

Type d'événement

Accident professionnel:

Dommage dentaire:

Maladie professionnelle:

Presqu'accident:

Accident non professionnel:

Dommmages matériels:

Indications concernant la personne blessée ou impliquée

Nom, prénom: _____

Date de naissance: _____

Position dans l'entreprise: _____

Poste de travail habituel: _____

Profession exercée: _____

Formation: spécialisée semi-spécialisée non spécialisée _____

Témoins

Nom, prénom: _____ Entreprise: _____

Nom, prénom: _____ Entreprise: _____

Autres personnes impliquées

Nom, prénom: _____ Entreprise: _____

Nom, prénom: _____ Entreprise: _____

Indications concernant l'événement

Heure: _____

Lieu: _____

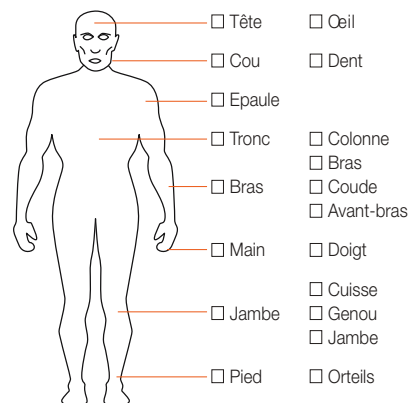
Equipement de travail: _____
(Outils, machines, moyens auxiliaires)

Type de blessure: _____
(Coupure, fracture, etc.)

Premier médecin/hôpital traitant: _____

Dommmages matériels: _____
(Type, coûts, etc.)

Parties du corps blessées:



Côté: Gauche
 Droite
 Bilatéralité