

# Questionnaire d'accident du travail N° .....

Ce questionnaire est destiné à l'usage exclusif du CHSCT qui pourra décider selon les éléments en sa possession de déclencher une enquête approfondie

Merci de répondre à l'ensemble des questions avec la plus grande précision et d'apporter les détails nécessaires à la compréhension de l'accident dont vous avez été victime ou témoin.

**Vous êtes victime d'un accident**

Nom et prénom :

Date et heure de survenue

Rappel de la déclaration AT :

.....  
.....

**Vous êtes témoin d'un accident**

Poste occupé :

Sur quel site :

Quelle tâche étiez-vous en train d'accomplir au moment de l'accident

.....  
.....

Condition de réalisation de cette tâche

- |             |   |                             |   |
|-------------|---|-----------------------------|---|
| . Programmé | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | . Donneur d'ordre           | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| . Courante  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | . Difficultés particulières | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| . Urgente   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | . Délai à respecter         | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| . Seul      | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | . Aide/surveillance tiers   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Localisation précise de l'accident

.....  
.....

Pour la victime ou le témoin, racontez ici précisément ce qui vous est arrivé ou que vous avez vu

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Autres

La pharmacie interne a-t-elle été utilisée ?  Oui  Non

Appel aux services de secours extérieurs POMPIERS /SAMU ?  Oui  Non

Date de retour du questionnaire ...../...../.....