

FICHE D'ANALYSE N°
Avec arrêt de travail
Sans arrêt de travail
INCIDENT (accident bénin)
ACCIDENT CORPOREL
ACCIDENT MATERIEL
Envoyer la copie recto/verso de chaque fiche au service Prévention du CDG11 : prevention.sante@cdg11.fr

QUI ?	Collectivité		OÙ ?	Travail intérieur <input type="checkbox"/>	Travail extérieur <input type="checkbox"/>	
	Nom et Prénom de la victime			Lieu précis (description + photos)		
	Age					
	Sexe					
	Service		QUAND ?	Date	Heure	
	Poste occupé			Jour de semaine :		
	Ancienneté au poste / expérience à la tâche		COMMENT ?	Méthode de travail au moment de l'accident	Equipe <input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Isolé <input type="checkbox"/> Co-activité <input type="checkbox"/>	
	Horaires habituels			Configuration des locaux / de l'environnement de travail	Ambiance de travail (éclairage, bruit, vibrations...)	
	Statut				Conditions environnementales (pluie, soleil, froid...)	
	Formations suivies				Présence de travaux, d'encombrement, d'obstacles	
	Autres accidents de travail de la victime			Y'a-t-il des conséquences corporelles ?		
	Y'a-t-il des conséquences corporelles ?	OUI <input type="checkbox"/>		NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	
Si oui, précisez				NON <input type="checkbox"/>		
Y'a-t-il la présence de témoins ?	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>		Y'a-t-il des conséquences sur les locaux / l'environnement de travail ?		
Si oui, précisez (nom/prénom et lien avec la victime)				OUI <input type="checkbox"/>		
				NON <input type="checkbox"/>		
QUOI ?	Description de l'activité de la victime au moment de l'accident		Matériaux utilisés pendant l'accident			
			Matériels utilisés pendant l'accident			
			Y'a-t-il des conséquences matérielles ?			
			OUI <input type="checkbox"/>			
			NON <input type="checkbox"/>			
		Si oui, précisez				
		EPI portés par l'agent				
		Moyen de prévention utilisés (humains/organisationnels / techniques/matériels)				
		Protection collective				
Photos	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>				
Constat amiable	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	POURQUOI ?	Evènement particulier ou inhabituel		



RECHERCHE DE CAUSES

PUBLIQUE TERRITORIALE DE L'AUDE

CAUSES DIRECTES

MESURES CONSERVATOIRES IMMEDIATES

ANALYSE DE L'ACCIDENT

Pourquoi 1 :

Réponse :

Pourquoi 2 :

Réponse :

Pourquoi 3 :

Réponse :

Pourquoi 4 :

Réponse :

Pourquoi 5 :

Réponse :

CAUSES PRIMAIRES IDENTIFIEES

MESURES DE PRÉVENTION PRECONISEES

HUMAINES :

ORGANISATIONNELLES :

TECHNIQUES / MATERIELLES :

ENVIRONNEMENTALES :

PLAN D' ACTIONS

Actions de prévention

Pilote(s)

Délai de réalisation

VALIDATION DU DOCUMENT

Ecrit par :

Le :

Signature

TRANSMISSION DU DOCUMENT ET SIGNATURES

Autorité territoriale

Assistant de prévention

Responsable hiérarchique