

FORMULAIRE DE DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL POUR LE PERSONNEL MEDICAL

Je suis victime d'un accident de service :

- J'informe immédiatement mon chef de service.
- Je (ou un ayant droit) fais la déclaration d'accident de service auprès des correspondantes de la Direction des Affaires Médicales de mon site d'affectation.

A cet effet je (ou un ayant droit) doit me munir d'une liasse (que je dois compléter et signer) d'imprimés de déclaration d'accident de service auprès de mon espace DAM.

Je dois communiquer les pièces justificatives suivantes (selon les cas) :

- Une attestation de témoin
- Une attestation de la première personne prévenue (à compléter en cas d'absence de témoin)
- Une attestation du responsable de service
- Un formulaire CERFA de déclaration d'accident du travail fourni et rempli par le médecin
Le cachet du service ainsi que la signature du nom du chef de service est obligatoire concernant les certificats établis par les médecins du CHU de Bordeaux
- Les comptes-rendus d'examens établis dans le cadre de l'évènement déclaré (sous pli confidentiel)
- Les originaux des certificats médicaux établis dans le cadre de l'évènement déclaré
- Un plan du trajet avec la précision sur le lieu de l'accident
- Un constat de police ou d'assurance s'il y a lieu.

ETAPE 1 : Notice explicative

PERSONNELS CONCERNES :

Tout le personnel médical du CHU (titulaires, stagiaires, contractuels, internes, étudiants etc..)

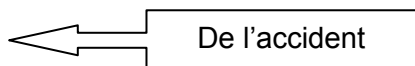
DOCUMENTS INDISPENSABLES A LA CONSTITUTION DU DOSSIER :

A déposer dans les 48 heures (hors week-end et jours fériés) avec tous les documents ci-joints dûment remplis à **l'espace DAM de votre site d'affectation** qui vous remettra une attestation d'accident du travail autorisant le bénéfice du tiers payant et de la gratuité des soins.

ETAPE 2 : Déclaration de l'accidenté

2-1 Indiquer

- ✓ Le lieu
- ✓ La date
- ✓ L'heure
- ✓ Les horaires de travail le jour de l'accident



2-2 Mentionner les causes et circonstances :

2-2-1 s'il s'agit d'une chute, glissade, en précise la raison (ex : sol mouillé, glissant, irrégularité du sol)

2-2-2 S'il s'agit d'un effort, soulèvement, précise s'il s'agit :

- ✓ D'un malade
- ✓ D'une charge lourde (carton, matériel etc ...)
- ✓ Préciser le poids approximatif



FORMULAIRE DE DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL POUR LE PERSONNEL MEDICAL

2-2-3 S'il s'agit d'un accident de trajet, fournir en plus, s'il y a lieu :

- ✓ Un plan du trajet indiquant le lieu de l'accident
- ✓ Une photocopie du constant à l'amiable
- ✓ Une photocopie du procès-verbal de police
- ✓ **Un certificat du témoin**

2-2-4 S'il s'agit d'un d'exposition au sang (AES) respecter l'anonymat du patient source et son statut sérologique

ETAPE 3 : Formulaire CERFA fourni par le médecin

Peut être établi à votre convenance par :

- Le médecin traitant
- Le médecin de santé au travail
- Le médecin du Centre Hospitalier Universitaire

Le médecin de santé au travail ne peut pas délivrer l'arrêt de travail.

Identification du nom du Docteur
avec signature + tampon

Doit constater :

- La nature
- Le siège, le côté
- La gravité des blessures

3-1 Sur tout formulaire CERFA délivré par un médecin du CHU, faire figurer le tampon de l'UG du service.

3-2 S'il y a lieu, fournir le compte rendu des radiographies réalisées

ETAPE 4 : Si témoin, joindre sa déclaration

En l'absence de témoin, attestation de la première personne prévenue

ETAPE 5 : La déclaration du responsable du service

➔ **En cas d'arrêt de travail imputable à un accident de travail**, si celui-ci est supérieur à 30 jours consécutifs, **la reprise d'activité** ne sera autorisée qu'après avoir satisfait à une **visite médicale** auprès du **médecin du travail** de l'établissement qui délivrera un **certificat médical de reprise du travail**.

➔ **Visite de pré-reprise :**

Vous pouvez demander un rendez-vous auprès du service de santé au travail de votre site d'affectation en cas de difficultés prévisibles à la reprise du travail.

Groupe hospitalier Saint-André > DAM

1 rue Jean Burguet 33075
Bordeaux cedex - Tél. 95754

sec-admission.sa@chu-bordeaux.fr

Groupe hospitalier Pellegrin > DAM

Place Amélie Raba-Léon 33000
Bordeaux cedex - Tél. 14741

nicole.livernet@chu-bordeaux.fr
christel.partropfort@chu-bordeaux.fr

Groupe hospitalier Sud > DAM

Avenue de Magellan 33604 Pessac
cedex - Tél. 33201

marie-lyse.bouchereau@chu-bordeaux.fr

Direction générale CHU Bordeaux > DAM

12, rue Dubernat 33400 Talence
cedex - Tél. 05 56 79 53 07

dam.internes@chu-bordeaux.fr



FORMULAIRE DE DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL
POUR LE PERSONNEL MEDICAL

DECLARATION DE L'ACCIDENTÉ

Je soussigné(e),

NOM : PRENOM : ETABLISSEMENT :

DATE & LIEU DE NAISSANCE :

CODE AGENT : UNITE FONCTIONNELLE :

N° SECURITE SOCIALE :

GRADE : TITULAIRE STAGIAIRE CONTRACTUEL

ADRESSE PERSONNELLE :

DATE D'EMBAUCHE DANS L'ETABLISSEMENT :

Déclare que l'accident dont j'ai été victime le :

Lieu : A : heures

S'est produit dans les circonstances suivantes :
.....
.....

Nature et siège des blessures :

Horaires de travail :

Cet accident a eu des témoins OUI NON (Joindre déclaration du ou des témoins)

Si l'accident est causé par un tiers

Son nom :

Son adresse :

Sa compagnie d'assurances :

Je demande que cet accident soit reconnu imputable au service.

Fait à Le,Signature de l'accidenté(e)

A REMPLIR PAR LES CORRESPONDANTES DE LA DAM DU SITE D'AFFECTATION

Horaires de travail : Arrêt de travail au jour de la déclaration OUI NON

Durée de l'arrêt actuel :

Observations complémentaires : Fait à Le

.....

Le Directeur,

<p>Groupe hospitalier Saint-André > DAM 1 rue Jean Burguet 33075 Bordeaux cedex - Tél. 95754 sec-admission.sa@chu-bordeaux.fr</p>	<p>Groupe hospitalier Pellegrin > DAM Place Amélie Raba-Léon 33000 Bordeaux cedex - Tél. 14741 nicole.livernet@chu-bordeaux.fr christel.partropfort@chu-bordeaux.fr</p>	<p>Groupe hospitalier Sud > DAM Avenue de Magellan 33604 Pessac cedex - Tél. 33201 marie-lyse.bouchereau@chu-bordeaux.fr</p>	<p>Direction générale CHU Bordeaux > DAM 12, rue Dubernat 33400 Talence cedex - Tél. 05 56 79 53 07 dam.internes@chu-bordeaux.fr</p>
---	---	--	--



FORMULAIRE DE DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL
POUR LE PERSONNEL MEDICAL

Voici l'exemple du certificat médical que le médecin devra remplir

cerfa
n° 11138*04
CM-PRE

certificat médical
accident du travail
maladie professionnelle

(ne cocher qu'une seule case)
 initial de prolongation
 final de rechute

Volet 1, à adresser
par le praticien à
l'organisme dans
les 24 heures

(articles L. 441-6, L. 461-5, L. 433-1, L. 323-6, R. 433-15, R. 323-11-1 du Code de la sécurité sociale)

P'assuré(e)

régime : général agricole autre lequel ? :

numéro d'immatriculation : _____
nom de famille (de naissance, suivi, le cas échéant, du nom d'usage) : _____
prénom : _____
adresse où la victime peut être visitée (si différente de votre adresse habituelle) (1) : _____
code postal : _____ ville : _____ n° téléphone : _____
batiment : _____ escalier : _____ étage : _____ appartement : _____ code d'accès de la résidence : _____
(1) l'accord préalable de votre caisse est OBLIGATOIRE si cette adresse se situe hors de votre département de résidence

s'agit-il d'un accident du travail ? d'une maladie professionnelle ?
date de l'accident ou de la 1^{re} constatation médicale de la maladie professionnelle : _____ (voir notice ①)
présentation de la feuille d'accident du travail/maladie professionnelle : oui non (2)
(2) en cas de non présentation de la feuille, les honoraires doivent être demandés (art. L. 432-3 du Code de la sécurité sociale)

P'employeur

nom, prénom ou dénomination sociale : _____
adresse : _____ n° téléphone : _____
courriel : _____

les renseignements médicaux

• constatations détaillées (siège, nature des lésions ou de la maladie professionnelle, séquelles fonctionnelles) (voir notice ①)

• conséquences

- soins (sans arrêt de travail) jusqu'au _____

- arrêt de travail jusqu'au _____ inclus
- en toutes lettres : (à compléter obligatoirement) et - en chiffres :

sorties autorisées : oui à partir du _____ non
(l'assuré(e) doit être présent(e) à son domicile entre 9 et 11 heures et entre 14 et 16 heures. Voir notice ①)

par exception, pour raison médicale dûment justifiée, sorties autorisées sans restriction d'horaire :
non oui à partir du _____ (voir notice ①)

- prescription d'un travail léger pour raison médicale du _____ au _____
(art. L.433-1 du Code sécurité sociale. Voir notice ①)

- reprise de travail à temps complet le _____ (voir notice ①)

- éléments d'ordre médical justifiant, le cas échéant, les sorties sans restriction d'horaire (voir notice ①)

• conclusions (à remplir seulement en cas de certificat final) (voir notice ①)

guérison avec retour à l'état antérieur date : _____
guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure date : _____
consolidation avec séquelles date : _____

identification du praticien (nom et prénom) : _____
identification de la structure (raison sociale et adresse du cabinet, de l'établissement) : _____
n° de la structure (AM, FINISS ou SIRET) : _____
identifiant : _____

Groupe hospitalier **Saint-André > DAM**
1 rue Jean Burguet 33075
Bordeaux cedex - Tél. 95754

sec-admission.sa@chu-bordeaux.fr

Groupe hospitalier **Pellegrin > DAM**
Place Amélie Raba-Léon 33000
Bordeaux cedex - Tél. 14741
nicole.livernet@chu-bordeaux.fr
christel.partportfort@chu-bordeaux.fr

christel.partportfort@chu-bordeaux.fr

Groupe hospitalier **Sud > DAM**
Avenue de Magellan 33604 Pessac
cedex - Tél. 33201

marie-lyse.bouchereau@chu-bordeaux.fr

Direction générale CHU Bordeaux > DAM
12, rue Dubernat 33400 Talence
cedex - Tél. 05 56 79 53 07

dam.internes@chu-bordeaux.fr



CENTRE
HOSPITALIER
UNIVERSITAIRE
BORDEAUX

Entité d'application : CHU Bordeaux
Emetteur : Direction des Affaires Médicales

Page : 5/7

FORMULAIRE DE DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL
POUR LE PERSONNEL MEDICAL

**ACCIDENT DU TRAVAIL :
DECLARATION DU TEMOIN**

Je soussigné(e)

Né(e) le

Domicilié(e)

Il ou elle présente :

.....

.....

Certifie avoir été témoin de l'accident dont a été victime :

M.....

Le..... à heures

Lieu

Me trouvant placé(e)

.....

Fait à Bordeaux, le

Signature du témoin

<p>Groupe hospitalier Saint-André > DAM 1 rue Jean Burguet 33075 Bordeaux cedex - Tél. 95754 sec-admission.sa@chu-bordeaux.fr</p>	<p>Groupe hospitalier Pellegrin > DAM Place Amélie Raba-Léon 33000 Bordeaux cedex - Tél. 14741 nicole.livernet@chu-bordeaux.fr christel.partropfort@chu-bordeaux.fr</p>	<p>Groupe hospitalier Sud > DAM Avenue de Magellan 33604 Pessac cedex - Tél. 33201 marie-lyse.bouchereau@chu-bordeaux.fr</p>	<p>Direction générale CHU Bordeaux > DAM 12, rue Dubernat 33400 Talence cedex - Tél. 05 56 79 53 07 dam.internes@chu-bordeaux.fr</p>
---	---	--	--



FORMULAIRE DE DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL
POUR LE PERSONNEL MEDICAL

En l'absence de témoin

**ACCIDENT DU TRAVAIL :
ATTESTATION DE LA PREMIERE PERSONNE
PREVENUE**

Je soussigné(e)

Né(e) le

Domicilié(e)

.....

Grade

Certifie avoir été informé (e) de l'accident dont a été victime :

M.....

Le..... à heures

Lieu

Fait à Bordeaux, le

Signature de la première personne prévenue

<p>Groupe hospitalier Saint-André > DAM 1 rue Jean Burguet 33075 Bordeaux cedex - Tél. 95754 sec-admission.sa@chu-bordeaux.fr</p>	<p>Groupe hospitalier Pellegrin > DAM Place Amélie Raba-Léon 33000 Bordeaux cedex - Tél. 14741 nicole.livernet@chu-bordeaux.fr christel.partropfort@chu-bordeaux.fr</p>	<p>Groupe hospitalier Sud > DAM Avenue de Magellan 33604 Pessac cedex - Tél. 33201 marie-lyse.bouchereau@chu-bordeaux.fr</p>	<p>Direction générale CHU Bordeaux > DAM 12, rue Dubernat 33400 Talence cedex - Tél. 05 56 79 53 07 dam.internes@chu-bordeaux.fr</p>
---	---	--	--



FORMULAIRE DE DECLARATION ACCIDENT DU TRAVAIL
POUR LE PERSONNEL MEDICAL

**ACCIDENT DU TRAVAIL :
ATTESTATION DU RESPONSABLE**

Je soussigné(e)
Fonction
Certifie avoir été informé(e) le à heures
De l'évènement survenu le dont a été victime :
M.....
Qui effectuait ce jour-là les horaires suivants :

Tampon du service

Fait à Bordeaux, le
Signature du responsable