

### Renseignements concernant la victime



Nom :

Prénom :

Service / Laboratoire :

Composante :

Personnel UGA

Personnel autre établissement : Lequel ?

Statut : Titulaire

Contractuel

Stagiaire

Etudiant

Catégorie : A B C

	Enseignant-chercheur		ITRF		Etudiant L		Visiteur
	Enseignant 2 <sup>nd</sup> degré		AENES		Etudiant M		Entreprise extérieure
	Post-Doc		Personnel de bibliothèque		Etudiant D		Autres

### Renseignements sur l'incident



Incident survenu lors : du Travail du Trajet domicile ↔ travail d'une Mission

Date : Heure :

Lieu précis (bâtiment, salle) :

### Nature de l'incident

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chute de plain-pied          | <input type="checkbox"/> Accident électrique        |
| <input type="checkbox"/> Chute de hauteur             | <input type="checkbox"/> Projection de particules   |
| <input type="checkbox"/> Accident de manutention      | <input type="checkbox"/> Projection de produits     |
| <input type="checkbox"/> Heurt / choc                 | <input type="checkbox"/> Intoxication, asphyxie     |
| <input type="checkbox"/> Chute d'objet                | <input type="checkbox"/> Contact / exposition       |
| <input type="checkbox"/> Equipements de laboratoire   | <input type="checkbox"/> Piqûre                     |
| <input type="checkbox"/> Blessure par outils à main   | <input type="checkbox"/> Morsure animale            |
| <input type="checkbox"/> Blessure sur machines-outils | <input type="checkbox"/> Accident de la route       |
| <input type="checkbox"/> Coupure avec du verre        | <input type="checkbox"/> Malaise                    |
| <input type="checkbox"/> Incendie/explosion           | <input type="checkbox"/> Agression verbale/physique |
| <input type="checkbox"/> Autre – précisez :           |   |



**Circonstances détaillées de l'incident (à remplir obligatoirement) :**

- Merci de bien vouloir remplir ce document et de le retourner par mail ou courrier aux personnes et services indiqués

### Nature des lésions

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plaie (coupure, morsure, etc...)              | <input type="checkbox"/> Corps étranger                          |
| <input type="checkbox"/> Traumatisme : entorse, fracture, contusion... | <input type="checkbox"/> Troubles auditifs                       |
| <input type="checkbox"/> Douleur du dos                                | <input type="checkbox"/> Troubles visuels                        |
| <input type="checkbox"/> Allergie                                      | <input type="checkbox"/> Asphyxie / intoxication / contamination |
| <input type="checkbox"/> Brûlure / gelure                              | <input type="checkbox"/> Autres - précisez :                     |



### Siège des lésions

- |                                 |  |                                 |
|---------------------------------|--|---------------------------------|
| Tête                            |  | Yeux                            |
| Thorax / abdomen                |  | Dos                             |
| Membres supérieurs (sauf mains) |  | Sièges internes                 |
| Mains                           |  | Membres inférieurs (sauf pieds) |
| Pieds                           |  | Autres - Précisez :             |
| Lésions multiples               |  |                                 |

Avez-vous effectué une déclaration d'accident du travail ?

oui

non

### Type de secours

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Secouriste du travail | <input type="checkbox"/> 15 / 18            |
| <input type="checkbox"/> Centre de santé       | <input type="checkbox"/> Médecin traitant   |
| <input type="checkbox"/> CHU                   | <input type="checkbox"/> Autre – Précisez : |



### Témoin de l'incident ou première personne contactée

Nom / Prénom :

N° de tel :

### Mode de transmission (e-mail ou papier)

Cette fiche a pour but de permettre l'analyse des incidents et la recherche des mesures de prévention.

**Elle n'a pas pour vocation de remplacer la déclaration officielle d'accident du travail** téléchargeable sur l'intranet UGA (<http://intranet.univ-grenoble-alpes.fr/declarer-un-accident-de-travail/>).

**Merci de retourner cette fiche à :**

- L'Assistant de Prévention de votre composante / laboratoire
- Votre chef de service
- Direction Prévention des Risques UGA : [dgdais-prevention@univ-grenoble-alpes.fr](mailto:dgdais-prevention@univ-grenoble-alpes.fr)  
Bât IMA C - 220 rue de la Chimie.  
"Domaine Universitaire - 38610 Gières".
- Médecine de prévention UGA : [medecine.travail@grenoble-univ.fr](mailto:medecine.travail@grenoble-univ.fr)  
Médecine du travail – 362 rue de la Chimie Domaine  
Universitaire - 38400 Saint Martin d'Hères