



**REGISTRE DE SUIVI DES ACCIDENTS BENINS**

### Accidents de service-du travail n’entraînant

### ni arrêt de travail, ni soins médicaux donnant lieu à une prise en charge par la collectivité

*L'inscription d’un accident sur ce registre permet aux agents de conserver leurs droits en cas d'aggravation de leur blessure. Dans ce cas, une déclaration sera effectuée auprès des services de la collectivité et de l’assureur.*

 *De plus, ce registre, non obligatoire dans les collectivités territoriales, est une source d'information puisque le signalement de tout type d’accident et d’incident permet de renseigner l’employeur sur des risques ou des dysfonctionnements qui doivent être traités afin d’éviter qu’un accident plus grave ne se produise.*

*Le registre est conservé par la collectivité, il est tenu à la disposition de :*

* *de la victime ou de ses ayants droits en ce qui les concerne ;*
* *de l’assistant de prévention ;*
* *de l’agent chargé de la fonction d’inspection ;*
* *des membres du Comité d’Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail ;*
* *du service de médecine préventive.*

Registre mis en place le : ……………………………………………..

**Conduite à tenir en cas d’accident ou de malaise**

Protéger

* Avant toute intervention et afin d’éviter tout «sur accident» il faut écarter toute source de danger.
* Pour cela il convient de se protéger, protéger la victime ainsi que les personnes aux alentours. Exemple : en cas d’accident de la circulation, baliser la zone concernée.

**Le message d’alerte doit renseigner sur :**

* **le nom et n° de téléphone de l’appelant**
* **l’adresse exacte**
* **la nature du problème et les risques éventuels (incendie, émanation de produits chimiques...)**
* **le nombre et l’état des personnes concernées (victimes conscientes, inconscientes, saignement...)**
* **les premières mesures prises (balisage de la zone, coupure du courant...)**
* **les gestes effectués**

**Ne pas raccrocher en premier.**

**Envoyer une personne pour attendre puis guider les secours**

Alerter

* Secours internes : Secouriste ou Sauveteur Secouriste du Travail



* Secours externes :
	+ SAMU : 15
	+ Pompiers : 18
	+ N° d’appel d’urgence européen : 112

Secourir

Les gestes de premier secours doivent être pratiqués par un secouriste. Dans tous les cas quelques principes simples sont à connaître de tous :

* Ne jamais déplacer la victime, et notamment en cas de traumatisme (coup, chute, faux mouvement...) sauf si c’est pour la soustraire à un danger grave et imminent auquel elle ne peut se soustraire elle-même ou si les secours donnent des consignes particulières.
* En cas de blessure, protéger la plaie avec un tissu propre.
* En cas de brûlure, arroser en amont de la zone brûlée pour refroidir, le plus rapidement et le plus longtemps possible.
* Réconforter et couvrir la victime en attendant les secours.

**En cas de doute, il est recommandé de prendre un avis médical auprès du SAMU (15).**

Dans tous les cas, avertir un responsable. Même en cas d’accident bénin (pas d’urgence vitale) un responsable doit être prévenu, c’est lui qui décidera de la conduite à tenir.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de la déclaration | NOM et Prénom de la victime | DATE & HEURE de l’accident | LIEU de l’accident | CIRCONSTANCES détaillées de l’accident & LESIONS  (+indiquer si présence d’un témoin et/ou si des tiers sont impliqués) | SOINS assurés en interne | SIGNATURES DE LA VICTIME& DU DECLARANT | OBSERVATIONS |
| 01 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 02 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 03 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de la déclaration | NOM et Prénom de la victime | DATE & HEURE de l’accident | LIEU de l’accident | CIRCONSTANCES détaillées de l’accident & LESIONS  (+indiquer si présence d’un témoin et/ou si des tiers sont impliqués) | SOINS assurés en interne | SIGNATURES DE LA VICTIME& DU DECLARANT | OBSERVATIONS |
| 04 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 05 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 06 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de la déclaration | NOM et Prénom de la victime | DATE & HEURE de l’accident | LIEU de l’accident | CIRCONSTANCES détaillées de l’accident & LESIONS  (+indiquer si présence d’un témoin et/ou si des tiers sont impliqués) | SOINS assurés en interne | SIGNATURES DE LA VICTIME& DU DECLARANT | OBSERVATIONS |
| 07 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 08 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 09 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de la déclaration | NOM et Prénom de la victime | DATE & HEURE de l’accident | LIEU de l’accident | CIRCONSTANCES détaillées de l’accident & LESIONS  (+indiquer si présence d’un témoin et/ou si des tiers sont impliqués) | SOINS assurés en interne | SIGNATURES DE LA VICTIME& DU DECLARANT | OBSERVATIONS |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de la déclaration | NOM et Prénom de la victime | DATE & HEURE de l’accident | LIEU de l’accident | CIRCONSTANCES détaillées de l’accident & LESIONS  (+indiquer si présence d’un témoin et/ou si des tiers sont impliqués) | SOINS assurés en interne | SIGNATURES DE LA VICTIME& DU DECLARANT | OBSERVATIONS |
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de la déclaration | NOM et Prénom de la victime | DATE & HEURE de l’accident | LIEU de l’accident | CIRCONSTANCES détaillées de l’accident & LESIONS  (+indiquer si présence d’un témoin et/ou si des tiers sont impliqués) | SOINS assurés en interne | SIGNATURES DE LA VICTIME& DU DECLARANT | OBSERVATIONS |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de la déclaration | NOM et Prénom de la victime | DATE & HEURE de l’accident | LIEU de l’accident | CIRCONSTANCES détaillées de l’accident & LESIONS  (+indiquer si présence d’un témoin et/ou si des tiers sont impliqués) | SOINS assurés en interne | SIGNATURES DE LA VICTIME& DU DECLARANT | OBSERVATIONS |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de la déclaration | NOM et Prénom de la victime | DATE & HEURE de l’accident | LIEU de l’accident | CIRCONSTANCES détaillées de l’accident & LESIONS  (+indiquer si présence d’un témoin et/ou si des tiers sont impliqués) | SOINS assurés en interne | SIGNATURES DE LA VICTIME& DU DECLARANT | OBSERVATIONS |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de la déclaration | NOM et Prénom de la victime | DATE & HEURE de l’accident | LIEU de l’accident | CIRCONSTANCES détaillées de l’accident & LESIONS  (+indiquer si présence d’un témoin et/ou si des tiers sont impliqués) | SOINS assurés en interne | SIGNATURES DE LA VICTIME& DU DECLARANT | OBSERVATIONS |
| 25 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Date de la déclaration | NOM et Prénom de la victime | DATE & HEURE de l’accident | LIEU de l’accident | CIRCONSTANCES détaillées de l’accident & LESIONS  (+indiquer si présence d’un témoin et/ou si des tiers sont impliqués) | SOINS assurés en interne | SIGNATURES DE LA VICTIME& DU DECLARANT | OBSERVATIONS |
| 28 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 |  |  |  |  |  |  |  |  |