

LÉSION

- 40 Comment la victime a-t-elle été blessée (lésion physique ou psychique) ? Précisez chaque fois par ordre d'importance tous les différents contacts qui ont provoqué la (les) blessure(s) (p.ex., *contact avec un courant électrique, avec une source de chaleur ou des substances dangereuses, noyade, ensevelissement, enveloppement par quelque chose (gaz, liquide, solide), écrasement contre un objet ou heurt par un objet, collision, contact avec un objet coupant ou pointu, coincement ou écrasement par un objet, problèmes d'appareil locomoteur, choc mental, blessure causée par un animal ou par une personne, etc.*)
 ET les objets impliqués, (p.ex., outillage, machine, équipement, matériaux, objets, instruments, substances, etc.)

- 41 Nature de la lésion ⁽¹⁾ - Code ⁽¹⁾:
- 42 Localisation de la lésion ⁽¹⁾ - Code ⁽¹⁾:

SOINS

- 43 Des soins médicaux ont-ils été dispensés chez l'employeur ? oui non
 Si oui, date : ____-____-____ heure : ____ min : ____
 Qualité du dispensateur :
 Description des soins dispensés :
- 44 Des soins médicaux ont-ils été dispensés par un médecin externe ? oui non réponse inconnue
 Si oui, date : ____-____-____ heure : ____ min : ____
 numéro d'identification du médecin externe à l'INAMI ⁽³⁾:
 nom et prénom du médecin externe :
 rue/n°/boite :
 code postal : commune :
- 45 Des soins médicaux ont-ils été dispensés à l'hôpital ? oui non réponse inconnue
 Si oui, date : ____-____-____ heure : ____ min : ____
 numéro d'identification de l'hôpital à l'INAMI ⁽³⁾:
 dénomination de l'hôpital ⁽³⁾:
 rue/n°/boite :
 code postal : commune :

CONSÉQUENCES

- 46 Conséquences de l'accident : pas d'incapacité temporaire de travail, pas de prothèses à prévoir
 pas d'incapacité temporaire de travail, mais des prothèses à prévoir
 incapacité temporaire de travail
 incapacité permanente de travail à prévoir
 décès, date du décès : ____-____-____
- 47 Cessation de l'activité professionnelle – date : ____-____-____ heure : ____ min : ____
- 48 Durée probable de l'incapacité temporaire de travail : jours

PRÉVENTION

- 49 Existe-t-il une gestion avec des départements de prévention ? oui non
 Si oui, numéro du département de prévention dont dépend la victime :
- 50 Mesures de prévention prises pour éviter la répétition d'un tel accident :
 Code ⁽¹⁾:
 Code ⁽¹⁾:
- 51 Codes risques propres à l'entreprise :
- 52 Nombre d'ouvriers et d'employés occupés dans l'entreprise à la fin du trimestre précédant l'accident :
 Ouvriers : Employés :
- 53 Nombre de jours de travail prestés du début de l'année à la fin du trimestre précédant l'accident :
 par les ouvriers : jours de travail par les employés : jours de travail
- 54 Ancienneté dans la catégorie professionnelle : dans la profession habituelle :
 dans l'entreprise : dans le siège d'exploitation :

INDEMNISATION

- 55 La victime est-elle affiliée à l'ONSS ? oui non
 Si non, donnez-en le motif :
- 56 Code du travailleur de l'assurance sociale : ____
 S'il n'est pas connu, mentionnez la catégorie professionnelle : ouvrier employé employé de maison
 apprenti sous contrat autre (à préciser) :
- 57 S'agit-il d'un apprenti en formation pour devenir chef d'entreprise ? oui (passez à la question 69) non
- 58 Commission paritaire – dénomination : numéro : ____
- 59 Type de contrat de travail : à temps plein à temps partiel
- 60 Nombre de jours par semaine du régime de travail : ____ jours et ____ centièmes
- 61 Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la victime : ____ heures et ____ centièmes
- 62 Nombre moyen d'heures par semaine en ce qui conc. la personne de référence: ____ heures et ____ centièmes
- 63 La victime est-elle une personne pensionnée exerçant encore une activité professionnelle ? oui non
- 64 Mode de rémunération : rémunération fixe (passez à la question 65)
 à la pièce ou à la tâche ou à façon (passez à la question 67)
 à la commission (totalement ou partiellement) (poursuivez avec la question 67)
- 65 Montant de base de la rémunération :
 - unité de temps: heure jour semaine mois trimestre année
 - en cas de rémunération variable, cycle correspondant à l'unité de temps déclarée :
 - total des rémunérations et des avantages assujettis à l'ONSS, sans heures supplémentaires, pécule de vacances complémentaire et prime de fin d'année (le montant déclaré doit correspondre à l'unité de temps ou à l'unité de temps et au cycle) € ,
- 66 Prime de fin d'année ? oui non
 Si oui, montant : ____ , ____ % de la rémunération annuelle
 montant forfaitaire de € ,
 rémunération d'un nombre d'heures Nombre d'heures : ____
- 67 Autres avantages non visés dans une autre rubrique : € , ____ (exprimés sur base annuelle)
 Nature des avantages :
- 68 La victime a-t-elle changé de fonction durant l'année précédant l'accident du travail ? oui non
 Si oui, date du dernier changement de fonction : ____-____-____
- 69 Nombre d'heures de travail perdues le jour de l'accident : ____ , ____
 Perte salariale pour les heures de travail perdues : € ,

Déclarant (nom et qualité)

Nom du conseiller en prévention :

Date : ____-____-____

Date : ____-____-____

Signature :

Signature :

(1): voir Annexe IV du chapitre I, titre II du code sur le bien-être (AR du 27 mars 1998 relatif au service interne pour la prévention et la protection au travail)

(2): noter "D" pour un témoin direct et "I" pour un témoin indirect

(3): à mentionner si la donnée est connue

