



13. INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTES Y DAÑOS PARA LA SALUD

INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE – INCIDENTE LABORAL

0. DATOS DE LA EMPRESA			
REALIZA INFORME:	Nº INFORME:	AÑO:	
FIRMA	EMPRESA:		
	DIRECCIÓN CENTRO DE L. TRABAJO:		
1. DATOS DEL ACCIDENTADO			
NOMBRE Y APELLIDOS:	AREA DE TRABAJO:	PUESTO DE TRABAJO:	
D.N.I. EDAD	CATEGORIA PROFESIONAL:	SECCIÓN:	CONTRATO <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> EVENTUAL <input type="checkbox"/> E TT
	ANTIGÜEDAD EN LA EMPRESA <input type="checkbox"/> 0 - 3 meses. <input type="checkbox"/> De 3-6 meses. <input type="checkbox"/> De 6-12 meses. <input type="checkbox"/> + 1 año		
	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO <input type="checkbox"/> 0 - 3 meses. <input type="checkbox"/> De 3-6 meses. <input type="checkbox"/> De 6-12 meses. <input type="checkbox"/> + 1 año		
2. DATOS DEL ACCIDENTE			
FECHA DEL ACCIDENTE:	LUGAR DEL SUCESO.	HORA JORNADA (1ª A 8ª)	
DIA (Lunes-Domingo) - HORA - H	<input type="checkbox"/> FUERA DEL CENTRO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> DESPLAZAMIENTO EN HORAS DE TRABAJO <input type="checkbox"/> DESPLAZADO EN OTRO CENTRO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> IN ITINERE(durante el desplazamiento de la empresa al lugar de trabajo o viceversa)	<input type="checkbox"/> EN EL CENTRO DE TRABAJO <input type="checkbox"/> TRABAJO HABITUAL <input type="checkbox"/> TRABAJO NO HABITUAL	TIPO DE ACCIDENTE <input type="checkbox"/> CON BAJA – Fecha Baja <input type="checkbox"/> SIN BAJA
3. DESCRIPCION DEL ACCIDENTE			
PROCESO (Indicar en que fase de trabajo ha tenido lugar el accidente. Ejem. Encofrado, pintado,...) AGENTE MATERIAL (Según parte de mutua, indicar el objeto, instrumento o agente causante de la lesión)	DESCRIPCIÓN BREVE Y CLARA DEL TRABAJO QUE REALIZABA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE DESCRIPCIÓN BREVE Y CLARA DE LA FORMA EN QUE SUCEDIÓ EL ACCIDENTE. (INDICAR ACTOS O CONDICIONES INSEGURAS QUE MOTIVARON EL ACCIDENTE.)		
TESTIGOS (Nombre y apellidos)			
4. DATOS ASISTENCIALES			
GRAVEDAD: <input type="checkbox"/> SIN LESIÓN (incidente) <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE <input type="checkbox"/> FALLECIMIENTO	TIPO DE ASISTENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/> MUTUA <input type="checkbox"/> EN LA PROPIA EMPRESA <input type="checkbox"/> HOSPITALARIA <input type="checkbox"/> AMBULATORIO	DIAGNÓSTICO MÉDICO FORMA EN QUE SE PRODUJO (indicar el código y la descripción según parte Mutua) <input type="text"/> LESION PRODUCIDA (indicar el código y la descripción según parte Mutua) <input type="text"/> PARTE LESIONADA (indicar el código y la descripción según parte Mutua) <input type="text"/>	
5. VALORACIÓN DE LOS HECHOS			
Posibilidad de Repetición <input type="checkbox"/> FRECUENTE <input type="checkbox"/> OCASIONAL <input type="checkbox"/> RARO	Gravedad que podría haber tenido <input type="checkbox"/> LEVE <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> MUY GRAVE		

6. MEDIDAS CORRECTORAS PROPUESTAS

Acciones a realizar (Correcciones técnicas, Acciones formativas / informativas, Acciones sobre la organización.)	Responsable	Prioridad	Fecha Prevista	€

Seguimiento (Describir en el tiempo el estado de implantación de la medidas correctoras propuestas)

7 COSTES DEL ACCIDENTE

Daños materiales

Tiempo improductivo (recursos humanos, máquinas,...)

Accidentado/a	Representante de los trabajadores/as
Fdo: .	Fdo: