



Registre
premiers
secours

Urgences	112
Centre antipoisons	070 245 245
Conseiller en prévention interne

Pourquoi un registre “premiers secours” ?

Les accidents bénins doivent être enregistrés dans ce document.

Définition d’un ‘accident bénin’

Il s’agit d’un accident bénin si les conditions suivantes sont remplies cumulativement:

- il n’y pas de perte de salaire;
- la victime n’est pas en incapacité de travail;
- l’accident a seulement occasionné des soins pour lesquels l’intervention d’un médecin n’est pas nécessaire;
- les soins ont été prodigués après l’accident, uniquement sur le lieu de l’exécution du contrat de travail.

Pas d’obligation de déclaration d’accident du travail, mais obligation d’enregistrement

Le travailleur qui pratique une intervention dans le cadre des premiers secours doit indiquer les éléments suivant dans un registre que tient l’employeur:

- son nom;
- le nom de la victime;
- l’endroit, la date, l’heure, la description et les circonstances de l’accident;
- la nature, la date et l’heure de l’intervention;
- l’identité des témoins éventuels.

L’assureur ne doit plus être mis au courant des accidents bénins.

L’obligation de déclaration subsiste en cas d’aggravation d’un accident bénin

En cas d’aggravation d’un accident bénin, l’obligation de déclaration est de nouveau d’application. L’employeur doit faire la déclaration dans les huit jours à compter du jour qui suit celui au cours duquel il a été informé de l’aggravation de l’accident bénin.

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

ENREGISTREMENT N° _____

Accident ou malaise du	Date _____	Heure _____
Nom de la victime		
Accident / Malaise		
Endroit	_____ _____	
Description	_____ _____ _____	
Circonstances	_____ _____ _____	
Intervention du	Date _____	Heure _____
Nom du secouriste		
Intervention		
Nature des lésion	_____ _____	
Type de soins donnés	_____ _____	
Témoins éventuels		

