

Description de la place de travail

Gestion des absences

Adresse de l'entreprise:

Interlocuteur dans l'entreprise:

Tél.:

Adresse e-mail:

Nom et prénom de la personne accidentée:

N° de sinistre:

Activité professionnelle de la personne assurée dans l'entreprise avant l'accident:

Formation professionnelle / Formation continue /
Formation complémentaire (p. ex. examen de cariste):

Description de l'activité (exigences particulières/conditions-cadres):

Temps de travail

h/semaine:

Taux d'occupation en %:

Répartition de l'activité (partant de la moyenne en cas de capacité de travail totale):

- | | |
|--|--|
| ☐ Atelier/préparation du travail: _____ % ou _____ h/jour | ☐ Activité assise: _____ % ou _____ h/jour |
| ☐ Activité sur des chantiers/montage: _____ % ou _____ h/jour | ☐ Activité debout: _____ % ou _____ h/jour |
| ☐ Bureau/administration: _____ % ou _____ h/jour | ☐ Activité en marchant: _____ % ou _____ h/jour |
| ☐ _____ % ou _____ h/jour | |

Déplacement

- ☐ Déplacement/travail sur un terrain accidenté
- ☐ Utilisation d'escaliers
- ☐ Distance parcourue régulièrement > 100m
- ☐ Travail sur des échafaudages et des échelles

Position de travail

- ☐ Travaux avec rotation du tronc
- ☐ Travail à l'ordinateur
- ☐ Travail au-dessus des épaules/de la tête
- ☐ Travail à genoux ou en position accroupie
- ☐ Position debout/assise penchée en avant
- ☐ Rotations des mains

Charges

- ☐ Soulever > 5 kg (environ ____ fois par jour)
- ☐ Soulever > 15 kg (environ ____ fois par jour)
- ☐ Soulever > 25 kg (environ ____ fois par jour)
- ☐ Activité obligeant à tirer et/ou pousser des charges

Divers

- ☐ Activité avec les deux mains absolument nécessaire
- ☐ Chaleur
- ☐ Froid
- ☐ Vibrations

Planification de la réinsertion:

L'activité actuelle peut-elle être adaptée de manière à permettre au moins une capacité de travail partielle?

- ☐
- Oui
- ☐
- Non

Si oui: quels temps de travail seraient possibles?

- ☐ Temps de travail flexible ☐ Temps de travail demi-journée
☐ Journée entière à rendement réduit

Si non: l'entreprise offre-t-elle d'autres activités pouvant être exercées temporairement et/ou à court terme avec les restrictions actuelles liées à l'état de santé/la blessure actuelle?

- ☐ oui ☐ non

Brève description de la place de travail:

Date et signature:

Suva
Case postale, 6002 Lucerne
www.suva.ch

Conseil en prévention
Tél. 058 411 12 12
modulesdeprevention@suva.ch