

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):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atelier/préparation du travail: _____ % ou _____ h/jour | <input type="checkbox"/> Activité assise: _____ % ou _____ h/jour |
| <input type="checkbox"/> Activité sur des chantiers/montage: _____ % ou _____ h/jour | <input type="checkbox"/> Activité debout: _____ % ou _____ h/jour |
| <input type="checkbox"/> Bureau/administration: _____ % ou _____ h/jour | <input type="checkbox"/> Activité en marchant: _____ % ou _____ h/jour |
| <input type="checkbox"/> _____ % 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

Breve description de la place de travail:

Date et signature:
