

## LEIDRAAD voor de ADMINISTRATIE bij een ARBEIDSONGEVAL

### NEEM DIT MAPJE MEE NAAR DE SPOEDOPNAME VAN HET ZIEKENHUIS OF DE HUISARTS!

#### Dit mapje bevat 5 formulieren:

- Leidraad
- Aangifte van arbeidsongeval
- Medisch attest
- Getuigenformulier
- Aangifteformulier prik-, snij-, bijt- of spatongeval

#### Wat doe je?

BIJLAGE	FORMULIER	ACTIE
1	Leidraad	Ter info.
2	Aangifte van arbeidsongeval	Vul zelf de rubrieken <b>getroffene, ongeval, letsel</b> en <b>verzorging</b> in, zo volledig mogelijk, ook punt <b>63. Mutualiteit</b> op het einde van het document. Bewaar het document in je mapje.
3	Medisch attest	Laat dit invullen door de arts van de spoedopname of de huisarts. Bewaar het document in je mapje.
4	Getuigenformulier	Laat dit invullen door de eerste getuige of indien er geen getuige was van het ongeval, door de eerste persoon aan wie je het vertelde. Bewaar het document in je mapje.
5	Aangifteformulier van prik-, snij-, bijt- of spatongeval	Indien nodig zelf invullen en instructies volgen op het formulier. <b>Altijd met raadpleging van de arts.</b>

#### Wat doe je bij terugkeer?

Na consultatie op de spoedafdeling van het ziekenhuis of de huisarts geef je de 3 ingevulde formulieren (nr. 2, 3 en 4) af aan de preventieadviseur, medewerker personeelsdienst of de directie (bij afwezigheid: in de brievenbus aan de receptie). Bij een prik-, snij-, bijt- of spatongeval zal het aangifteformulier (nr. 5) ook van toepassing zijn.

<i>Datum opmaak:</i> 2005-04-13	<i>Verantwoordelijke opmaak:</i> kwaliteitscoördinator	<i>Goedgekeurd directie:</i>
<i>Herzien op:</i> 2016-10-06	<i>In bezit van:</i> medewerkers (server)	
<i>Te herzien voor:</i> 2021-10-01	kwaliteitscoördinator (kwaliteitshandboek)	

# AANGIFTE VAN ARBEIDSONGEVAL

**Ethias - Arbeidsongevallen**  
**Prins Bisschopssingel, 73 3500 HASSELT**  
Tel. 011 28 21 11 Fax 011 28 26 00

Nummer verzekeringspolis: .....  
Bijkomende onderverdeling van het polisnummer: .....  
Tariefcode van de getroffen(e) (zie verzekeringspolis): .....

Stuur dit formulier, binnen 8 dagen na het ongeval naar de verzekeraar, samen met het medisch attest van eerste verzorging (art. 62 van de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971 en het KB van 12 maart 2003 tot vaststelling van de wijze en van de termijn van aangifte van een arbeidsongeval). Hoe en wanneer u de inspecteur bevoegd inzake de arbeidsveiligheid van het FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg op de hoogte moet brengen van een ernstig ongeval, vindt u in de artikelen 26 en 27 van het koninklijk besluit van 27 maart 1998 betreffende het beleid inzake het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk.

## WERKGEVER:

1 Bedrijfsnummer: \_\_\_\_\_ R.S.Z.-nummer: \_\_\_\_\_  
en bij meerdere vestigingen, vestigingseenheidsnummer: \_\_\_\_\_  
2 Naam en voornaam of handelsnaam: .....  
3 Straat, n°, bus: ..... Postcode: \_\_\_\_\_ Gemeente: .....  
4 Activiteit van de onderneming: .....  
5 Telefoonnummer van de contactpersoon: ..... 6 Bankrekeningnummer: \_\_\_\_\_  
Bankrekeningnummer IBAN (\*): \_\_\_\_\_ Fin. instelling BIC: \_\_\_\_\_

## GETROFFENE:

7 INSZ (identificatie nummer sociale zekerheid): \_\_\_\_\_  
8 Naam: ..... Voornaam: .....  
9 Geboorteplaats: ..... Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
10 Geslacht:  man  vrouw Nationaliteit: .....  
11 Hoofdverblijfplaats: Straat, n°, bus: .....  
Postcode: \_\_\_\_\_ Gemeente: ..... Land: .....  
Correspondentieadres (te vermelden indien verschillend van adres hoofdverblijfplaats):  
Straat, n°, bus: .....  
Postcode: \_\_\_\_\_ Gemeente: ..... Land: .....  
Telefoonnummer: .....  
12 Taal van de correspondentie met de getroffen(e):  Nederlands  Frans  Duits  
13 Verwantschap met de werkgever:  geen verwantschap  eerste graad (ouders en kinderen)  andere (vb. Oom, grootouders)  
14 Bankrekeningnummer: \_\_\_\_\_  
Bankrekeningnummer IBAN (\*): \_\_\_\_\_ Fin. instelling BIC: \_\_\_\_\_  
15 Dimona-nummer van de tewerkstelling: \_\_\_\_\_ 16 Datum van indiensttreding: \_\_\_\_\_  
17 Duurtijd van de arbeidsovereenkomst:  voor onbepaalde duur  voor bepaalde duur  
Is de datum van uitdiensttreding gekend?  ja  neen Zo ja, datum van uitdiensttreding: \_\_\_\_\_  
18 Gewoon beroep in de onderneming: ..... ISCO-code: \_\_\_\_\_  
Hoelang oefende de getroffen(e) dit beroep in de onderneming uit? :  
 minder dan één week  één week tot één maand  één maand tot één jaar  langer dan één jaar  
19 Is de getroffen(e) een uitzendkracht? :  ja  neen Zo ja, ondernemingsnummer van de gebruikende onderneming: \_\_\_\_\_  
Naam: .....  
Adres: .....  
20 Werkt de getroffen(e) op het ogenblik van het ongeval in de inrichting van een andere werkgever in het kader van werkzaamheden van een onderneming van buitenaf (1)? :  ja  neen Zo ja, ondernemingsnummer van deze werkgever: \_\_\_\_\_  
Naam: .....  
Adres: .....

Ongevallensteekkaart: jaar ..... Nummer: ..... Nummer ongeval bij de verzekeraar: ..... ASR-nummer: .....

## ONGEVAL:

21 Dag van het ongeval: ..... datum: \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_  
22 Datum van kennisgeving aan de werkgever: \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ min. \_\_\_\_\_  
23 Aard van het ongeval:  arbeidsongeval  ongeval op de weg naar of van het werk  
24 Werktijdsregeling van de getroffen(e) op de dag van het ongeval: van \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ van \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_ uur \_\_\_\_\_  
25 Plaats van het ongeval:  in de onderneming op het adres vermeld in veld 3  
 op de openbare weg. In bevestigend geval, betrof het een verkeersongeval? :  ja  neen  
 op een andere plaats  
Indien u één van de twee laatste keuzes hebt aangekruist, vermeldt het adres (in geval van een tijdelijke of mobiele werkplaats kan u het beperken tot de postcode en het werfnummer)  
Straat, n°, bus: .....  
Postcode: \_\_\_\_\_ Gemeente: ..... Land: .....  
Wurfnummer: \_\_\_\_\_  
26 Waar (omgeving of soort plaats) bevond de getroffen(e) zich toen het ongeval zich voordeed? (bijvoorbeeld onderhoudsruimte, bouwplaats van een tunnel, locatie voor veeteelt, kantoor, school, warehouse, ziekenhuis, parkeerplaats, sporthal, op het dak van een hotel, particuliere woning, riool, tuin, autoweg, aan boord van een aangemeerd schip, onder water, enz.):  
.....  
.....  
.....

**ONGEVAL (vervolg):**

- 27 Bepaal de algemene activiteit (soort werk) of de taak (in de ruime zin) die de getroffene aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed (bijvoorbeeld verwerking van producten, opslag, grondverzet, nieuwbouw of sloop van een bouwwerk, werk in de landbouw of bosbouw, werk met levende dieren, verzorging, bijstand aan een persoon of aan personen, opleiding, kantoorwerk, inkoop, verkoop, kunst, of de nevenactiviteiten van deze verschillende werkzaamheden, zoals installatie, losmaken, onderhoud, reparatie, schoonmaken, enz.):  
.....  
.....
- 28 Bepaal de specifieke activiteit die de getroffene aan het verrichten was toen het ongeval zich voordeed (bijvoorbeeld vullen van de machine, werken met handgereedschap, besturen van een transportmiddel, grijpen, optillen, een voorwerp rollen, een last dragen, een doos sluiten, een ladder opgaan, lopen, gaan zitten, enz.) EN de daarbij betrokken voorwerpen (bijvoorbeeld gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.):  
.....  
.....
- 29 Aan welk soort werkplek stond het slachtoffer op het moment van het ongeval ? (2) :  
 gebruikelijke werkplek of lokale eenheid  
 occasionele of mobiele werkplek of onderweg voor rekening van de werkgever  
 andere werkplek
- 30 Welke gebeurtenissen die afwijken van de normale gang van het werk, hebben tot het ongeval geleid (bijvoorbeeld elektrische storing, explosie, vuur, overlopen, kantelen, lekken, gasvorming, barsten, vallen of instorten van voorwerp, abnormaal starten of functioneren van een machine, verlies van controle over een transportmiddel of voorwerp, uitglijden of val van persoon, on gepaste handeling, verkeerde bewegingen, verrassing, schrik, geweldpleging, aangevallen worden, enz.). Vermeld alle gebeurtenissen EN de voorwerpen die daarbij een rol hebben gespeeld (bijvoorbeeld gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.):  
.....  
.....
- 31 Laatste afwijkende gebeurtenis die tot het ongeval heeft geleid (3): ..... Code (3) \_\_\_\_
- 32 Voorwerp betrokken bij deze gebeurtenis (3): ..... Code (3) \_\_\_\_ . \_\_\_\_
- 33 Werd er een proces-verbaal opgesteld?  ja  neen  weet niet  
Zo ja, proces-verbaal met identificatienummer: ..... opgesteld te: .....  
op \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ door .....
- 34 Kan een derde aansprakelijk gesteld worden voor het ongeval?  ja  neen  weet niet  
Zo ja, naam en adres: .....  
.....  
Naam en adres van de verzekeraar: ..... Polisnummer: .....
- 35 Waren er getuigen aanwezig?  ja  neen  weet niet Zo ja:  
Naam en adres: ..... Soort (4): .....  
.....  
Naam en adres: ..... Soort (4): .....  
.....  
Naam en adres: ..... Soort (4): .....

**LETSEL:**

- 36 Hoe is de getroffene (fysiek of psychisch) gewond geraakt ? Beschrijf in dalende volgorde van belangrijkheid alle verschillende contacten die de verwondingen hebben veroorzaakt (bijvoorbeeld contact met elektrische stroom, een warmtebron of gevaarlijke stoffen, verdrinking, bedolven worden, door iets ingesloten worden (gas, vloeistof, vaste materie), verplettering tegen een voorwerp of stoot door een voorwerp, botsing, contact met snijdende of puntige voorwerpen, beknelling of verplettering in, onder of tussen iets, problemen met het bewegingsapparaat, psychische shock, verwonding door dier of mens, enz.) EN de daarbij betrokken voorwerpen (bijvoorbeeld gereedschap, machine, uitrusting, materialen, voorwerpen, instrumenten, stoffen, enz.):  
.....  
.....
- 37 Soort letsel (3): ..... Code (3) \_\_\_\_
- 38 Verwond deel van het lichaam (3): ..... Code (3) \_\_\_\_

**VERZORGING:**

- 39 Werden medische zorgen verstrekt bij de werkgever?  ja  neen  
Zo ja, datum: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ uur \_\_\_\_ min. \_\_\_\_ Hoedanigheid van de verstrekker: .....  
Omschrijving van de verstrekte zorgen: .....
- 40 Werden medische zorgen verstrekt door een externe geneesheer?  ja  neen  weet niet  
Zo ja, datum: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ uur \_\_\_\_ min. \_\_\_\_ Identificatienummer bij RIZIV van de geneesheer (5): .....  
Naam en voornaam van de externe geneesheer: .....  
Straat, n°, bus: ..... Postcode: \_\_\_\_ \_\_\_\_ Gemeente: .....
- 41 Werden medische zorgen verstrekt in een ziekenhuis?  ja  neen  weet niet  
Zo ja, datum: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ uur \_\_\_\_ min. \_\_\_\_ Identificatienummer bij RIZIV van het ziekenhuis (5): .....  
Benaming van het ziekenhuis: .....  
Straat, n°, bus: ..... Postcode: \_\_\_\_ \_\_\_\_ Gemeente: .....

**GEVOLGEN:**

- 42 Gevolgen van het ongeval:  geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid en geen prothesen te voorzien  
 geen tijdelijke arbeidsongeschiktheid, wel prothesen te voorzien  
 tijdelijke arbeidsongeschiktheid  
 bestendige arbeidsongeschiktheid te voorzien  
 overlijden, datum van overlijden: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_
- 43 Stopzetting van de beroepsactiviteit - datum: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ uur \_\_\_\_ min. \_\_\_\_
- 44 Datum van de effectieve werkhervatting: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  
 Indien het werk nog niet is hervat, de waarschijnlijke duur van de tijdelijke arbeidsongeschiktheid: ..... dagen

**PREVENTIE:**

- 45 Welke beschermingsmiddelen droeg de getroffene op het ogenblik van het ongeval ? :  geen  helm  handschoenen  
 veiligheidsbril  aangezichtsscherm  beschermingsvest  signalisatiekledij  gehoorbescherming  veiligheidsschoeisel  
 ademhalingsmasker met verse luchttoevoer  ademhalingsmasker met filter  gewoon mondmasker  valbeveiliging  
 andere : .....
- 46 Getroffen preventiemaatregelen om de herhaling van een dergelijk ongeval te vermijden: ..... Code (3) \_\_\_\_ \_\_\_\_  
 ..... Code (3) \_\_\_\_ \_\_\_\_
- 47 Bedrijfseigen risicocodes (6): \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

**VERGOEDING:**

- 48 Is de getroffene aangesloten bij de RSZ?  ja  neen Zo neen, geef de reden: .....
- 49 Werknemerscode van de sociale verzekering: \_\_\_\_ \_\_\_\_  
 Indien niet gekend, vermeld de beroeps categorie:  arbeider  bediende  dienstbode  leerling met leercontract  
 onbezoldigde stagiair  andere (te bepalen): .....
- 50 Betreft het een tewerkstelling van een leerling in opleiding tot ondernemingshoofd?  ja (ga naar vraag 62)  neen
- 51 Paritair comité – Benaming: ..... Nummer: .....
- 52 Aard van de arbeidsovereenkomst:  voltijds  deeltijds
- 53 Aantal dagen per week van het arbeidsstelsel: \_\_\_\_ dagen en \_\_\_\_ honderdsten
- 54 Gemiddeld aantal uren per week van de getroffene: \_\_\_\_ uren en \_\_\_\_ honderdsten
- 55 Gemiddeld aantal uren per week van de maatpersoon: \_\_\_\_ uren en \_\_\_\_ honderdsten
- 56 Is de getroffene een gepensioneerde die een beroepsactiviteit blijft uitoefenen?  ja  neen
- 57 Bezoldigingswijze:  vaste bezoldiging (ga verder met vraag 58)  
 per stuk, per taak of per opdracht (ga naar vraag 60)  
 tegen commissie (volledig of gedeeltelijk) (ga naar vraag 60)
- 58 Basisbedrag van de bezoldiging:  
 - tijdseenheid:  uur  dag  week  maand  kwartaal  jaar  
 - in geval van een variabel loon, cyclus die overeenstemt met de aangegeven tijdseenheid: .....  
 - totaal van de bezoldigingen en de voordelen onderworpen aan de RSZ zonder overuren, bijkomend vakantiegeld en eindejaarspremie (het vermelde bedrag moet overeenstemmen met de tijdseenheid of met de tijdseenheid en de cyclus): \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €
- 59 Eindejaarspremie?  ja  neen  
 Zo ja, deze bedraagt:  \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ % van het jaarloon  forfaitair bedrag van \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €  
 het loon van een aantal uren: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ uren
- 60 Andere voordelen niet geïndiceerd in een andere rubriek: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €(uitgedrukt op jaarbasis)  
 Aard van de voordelen: .....
- 61 Is de getroffene van functie veranderd tijdens het jaar dat voorafgaat aan het arbeidsongeval?  ja  neen  
 Zo ja, datum laatste functiewijziging: \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_
- 62 Aantal verloren arbeidsuren op de dag van het ongeval: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Loonverlies voor de verloren arbeidsuren: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

Aangever (naam en hoedanigheid):

Datum \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Handtekening:

Naam van de preventieadviseur:

Datum \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

Handtekening:

(1) Zoals bedoeld in de wetgeving betreffende het welzijn van de werknemers bij de uitvoering van hun werk en meer bepaald de afdeling 1 "Werkzaamheden van ondernemingen van buitenaf" van hoofdstuk IV "Bijzondere bepalingen betreffende werkzaamheden van ondernemingen van buitenaf" van de wet van 4 augustus 1996 (2) niet in te vullen indien het een ongeval op de arbeidsweg betreft (3) zie bijlage IV van hoofdstuk I, titel II uit de codex welzijn (KB 27 maart 1998 betreffende de interne dienst voor preventie en bescherming op het werk) (4) noteer "R" voor een rechtstreekse getuige, "O" voor een onrechtstreekse getuige (5) in te vullen indien gekend (6) facultatief veld (\*) verplicht formaat vanaf 2011. Tot in 2010 kan uw rekeningnummer eveneens meedelen in het formaat met 12 posities.

- 63 Ziektefonds : Code of naam : \_\_\_\_ \_\_\_\_ .....  
 Straat, nummer, bus: .....  
 Postcode: \_\_\_\_\_ Gemeente: .....
- Aansluitingsnummer : .....

## Exemplaar bestemd voor Ethias

Prins Bisschopssingel, 73 3500 HASSELT - Tel. 011 28 21 11 - Fax 011 85 63 30

### MEDISCH ATTEST

- (1) Naam, voornamen, hoedanigheid, adres.
- (2) Naam, voornamen, adres van de getroffene.
- (3) Vermelden: de soort en de aard van de letsels en de getroffen lichaamsdelen (armbreuk, hoofd- of vingerkneuzing, inwendig letsel, verstikking, enz.).
- (4) De zekere of vermoedelijke gevolgen van het vastgestelde letsel vermelden: overlijden, algehele of gedeeltelijke blijvende ongeschiktheid, algehele of gedeeltelijke tijdelijke ongeschiktheid, met opgave van de vermoedelijke duur van die tijdelijke ongeschiktheid
- (5) De geneesheer dient vast te stellen of de ongeschiktheid normaal uit het letsel zelf volgt, zonder rekening te houden met welke andere omstandigheden ook.
- (6) Vermelden waar de getroffene verzorgd wordt.

De ondergetekende (1) ..... heeft (2) .....  
 ..... heeft (2) .....  
 .....  
 onderzocht na het ongeval dat hem op ..... is overkomen  
 Hij verklaart:  
 1° Dat het ongeval volgende letsels heeft veroorzaakt (3) .....  
 .....  
 .....  
 2° Dat die letsels tot gevolg hebben (zullen hebben) (4) .....  
 .....  
 .....  
 3° Dat de ongeschiktheid begon (zal beginnen) op (5) .....  
 .....  
 .....  
 4° Dat de getroffene verzorgd wordt (6) .....  
 .....  
 .....

Opgemaakt te ....., op ..... om ..... u. ....  
 Handtekening

<b>Aanvullende verklaringen</b>	
1. Oordeelt U dat het vastgestelde letsel het aangevoerde ongeval als oorzaak heeft?	.....
2. a) Is er een samenloop van omstandigheden, zoals gebreken, kwalen of ziekte die verwickelingen laten vrezen? Welke? b) Waarschijnlijke werkongeschiktheid: Waarschijnlijke volledige ongeschiktheid: Waarschijnlijke gedeeltelijke ongeschiktheid:	..... ..... ..... ..... dagen, zegge van ..... tot ..... ..... dagen, zegge van ..... tot ..... tegen ..... % ..... dagen, zegge van ..... tot ..... tegen ..... %
3. Wanneer heeft het slachtoffer voor het eerst uw hulp ingeroepen?	De ..... om ..... uur
4. Moet men een noodlottige afloop vrezen?	.....
5. Moet men een blijvende invaliditeit vrezen?	.....
6. Werd er overgegaan tot een heelkundig ingrijpen? Welk? In welke inrichting en door welke chirurg? Werd er overgegaan tot een radiografisch onderzoek voor diagnose en/of controle? Door welke radioloog? Wenst U de tussenkomst van een specialist?	..... ..... ..... .....
7. Kan de gekwetste zich al dan niet verplaatsen?	.....
8. Kan het slachtoffer tijdelijk aangepast werk uitvoeren?	..... .....

# Arbeidsongeval VERKLARING OP EER



De aangifte vermeldt dat een collega getuige was van de feiten.

Met het oog op een vlot beheer van het dossier, vragen we u dit document te laten invullen door de personen die als getuigen worden opgegeven.

Gezien het belang dat er aan deze getuigenissen wordt gehecht, vragen we u de betrokkene(n) in uw lokalen op te roepen om het document in te vullen. Wilt u ons ook de bijgevoegde “verklaring op eer” terugzenden?

## 1 GEGEVENS ONGEVAL

Dossiernummer: ST1 \_\_\_\_\_

Ongeval: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 2 VERKLARING IN TE VULLEN DOOR DE GETUIGE

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_

Ondergetekende, \_\_\_\_\_

Geboren op \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ te \_\_\_\_\_

en gedomicilieerd te \_\_\_\_\_

verklaart rechtstreeks / onrechtstreeks getuige te zijn geweest van de feiten waarvan de h. / mevr. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

beweert het slachtoffer te zijn geweest op \_\_\_\_\_

Beroep \_\_\_\_\_

Verwantschap met het slachtoffer:  Ja  Neen

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Hiërarchische band met het slachtoffer:  Ja  Neen

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

Professionele band met het slachtoffer:  Ja  Neen

Zo ja, welke? \_\_\_\_\_

De omstandigheden waren de volgende:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dit attest zou in een gerechtelijke procedure kunnen gebruikt worden. Een onjuiste verklaring stelt de opsteller bloot aan gerechtelijke sancties

Opgesteld te \_\_\_\_\_

op \_\_\_\_\_

Handtekening,

# PRIK-, SNIJ-, BIJT- OF SPATONGEVAL

## Aangifteformulier

---

<b>IN TE VULLEN DOOR DE MEDEWERKER ZELF</b>
---

### INFORMATIE OVER WERKNEMER (slachtoffer van prik-, snij-, bijt- of spatongeval)

1. **Naam:** .....
2. **Geslacht:** .....
3. **Leeftijd:** .....

4. **Functie:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verpleegkundige     | <input type="checkbox"/> Keukendienst              |
| <input type="checkbox"/> Verzorgende         | <input type="checkbox"/> Schoonmaak                |
| <input type="checkbox"/> Logistiek assistent | <input type="checkbox"/> Technische dienst         |
| <input type="checkbox"/> Kinesist            | <input type="checkbox"/> Stagiair: opleiding ..... |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapeut       | <input type="checkbox"/> Andere: .....             |
| <input type="checkbox"/> Animator            |  |

5. **Aantal jaren tewerkgesteld bij huidige werkgever:** .....
6. **Dienst – afdeling waar tewerkgesteld:** .....

### INFORMATIE OVER OMSTANDIGHEDEN VAN HET PRIK-, SNIJ-, BIJT-, OF SPATONGEVAL

7. **Datum prik-, snij-, bijt-, spatongeval:** .....
8. **Uur prik-, snij-, bijt-, spatongeval:** .....
9. **Plaats van het ongeval (dienst – afdeling):** .....
10. **Aard contact:**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <u>Prikongeval</u>  | <input type="checkbox"/> <u>Bijtwonde</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Spatincident</u> | <input type="checkbox"/> <u>Snijwonde</u> |

11. **Gelieve zo precies mogelijk de omstandigheden en de aanleiding van het prik-, snij-, bijt-, of spatongeval te omschrijven:**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**12. Belangrijkste aanleiding/oorzaak van het prik-, snij-, bijt- of spatongeval (1 of meerdere antwoorden):**

- Zwerfnaald
- Scherp voorwerp achtergelaten in afvalzak
- Tijdens handeling
  - Subcutaan infuus steken
  - Intradermale/ subcutane/ intramusculaire toediening
  - Gebruik insulinepen
  - Glycemiebepaling
  - Andere: .....
- Tijdens opruimen
- Recappen (zie vraag 13)
- Tijdens stappen naar de naaldcontainer (zie vraag 14)
- Tijdens deponeren van naald in naaldcontainer (zie vraag 14)
- Onverwachte bruuske beweging van bewoner/gebruiker
- Andere, specificeer: .....

**13. Indien er werd gerecapt\*: WAAROM?**

\* Recappen is verboden. Zie procedure IP2006.12 Preventie prik- en snijongeval (6. Werkwijze, p. 1-2)

- Er was geen naaldcontainer voorhanden  
Reden waarom er geen naaldcontainer was: .....
- De naaldcontainer was overvol
- De naaldcontainer was te ver opgesteld  
Reden waarom de naaldcontainer niet binnen handbereik was: .....
- Ik doe dat altijd (gewoonte)
- Andere, specificeer: .....

**14. Indien naaldcontainer-gerelateerd: Welke naaldcontainer-gerelateerde aanleiding is er?**

- Er was geen naaldcontainer voorhanden
- De naaldcontainer was te ver opgesteld
- Prikongeval gebeurde tijdens het deponeren van de naald in de naaldcontainer
  - De naaldcontainer was overvol
  - De naaldcontainer was onaangepast voor de toepassing
  - De naaldcontainer werd verkeerd gebruikt
- Andere, specificeer: .....

**15. Met welk soort lichaamsvocht kwam u in contact?**

- Bloed
- Urine
- Speeksel
- Andere, specificeer: .....

**16. Met welk soort naald of scherp voorwerp kwam u in contact?**

- Glycemienaald
- Insulinepen
- Subcutane naald
- Intramusculaire naald
- Intraveneuze naald
- Optreknaald
- Onbekend
- Andere, specificeer: .....



**17. Welke ingangspoort (lichaamsdeel) is geraakt?**

- Vinger
- Handpalm
- Handrug
- Pols
- Voorarm
- Andere: .....

**18. Welke zijn de getroffen voorzorgsmaatregelen?**

- Handschoenen
- Masker
- Geen
- Andere, specificeer: .....

**19. Welke zijn de getroffen voorzorgsmaatregelen NA het incident?**

- Handen gewassen
- Handen ontsmet
- Melding aan diensthoofd
- Aangifte als arbeidsongeval
- Bloedafname verricht
- Andere, specificeer: .....

<p><b>KON DIT PRIK-, SNIJ-, BIJT- OF SPATONGEVAL VOLGENS U VOORKOMEN WORDEN?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Neen</p> <p><input type="checkbox"/> Ja</p>
--

Zo ja, hoe?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....