



AGENCIA SAS

ANEXO VII

P-NI 01

Hoja 1 de 2

0 IDENTIFICACIÓN DEL FORMATO	
F-P-NI 01-07	RECOGIDA DE INFORMACIÓN PARA INVESTIGACIÓN DE ACCIDENTE / INCIDENTE DE TRABAJO

1 INFORMACIÓN APORTADA POR LA PERSONA AFECTADA O POR SU JEFE/ A INMEDIATO
--

1.1 DATOS DE LA PERSONA EMPLEADA PÚBLICA AFECTADA
--

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA AFECTADA

DNI	FECHA DE NACIMIENTO	RÉGIMEN DE ASEGURAMIENTO <input type="checkbox"/> SEG. SOCIAL <input type="checkbox"/> MUFACE <input type="checkbox"/> OTRO
PUESTO DE TRABAJO	UNIDAD/ SERVICIO	ANTIGÜEDAD EN EL PUESTO
TELÉFONO DEL TRABAJO	TELÉFONO PARTICULAR	CORREO ELECTRÓNICO

1.2 DATOS DEL CENTRO DE TRABAJO
--

NOMBRE DEL CENTRO

DOMICILIO	LOCALIDAD	PROVINCIA
PERSONA DE CONTACTO	CARGO QUE OCUPA	
TELÉFONO/S DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO	

1.3 DATOS DEL SUCESO

FECHA DEL ACCIDENTE	DÍA DE LA SEMANA	HORA DEL ACCIDENTE	HORA DE TRABAJO	¿CAUSA BAJA?	Nº DÍAS BAJA
---------------------	------------------	--------------------	-----------------	--------------	--------------

LUGAR DEL ACCIDENTE

CENTRO DE TRABAJO EXTERIOR EN MISIÓN IN ITINERE

DESCRIPCIÓN DEL LUGAR:

¿QUÉ TRABAJO/TAREA ESTABA REALIZANDO LA PERSONA ACCIDENTADA EN EL MOMENTO DEL ACCIDENTE?

¿TIENE EXPERIENCIA?

SI NO

¿LA TAREA REQUERÍA AUTORIZACIÓN?

SI NO

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN / PARTE DEL CUERPO LESIONADA

DAÑOS MATERIALES:

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE:

TESTIGOS DEL ACCIDENTE:

- 1.
- 2.
- 3.



2 INFORME DEL ANALISTA		
CONSECUENCIAS Descripción Lesiones:		
<input type="checkbox"/> Sin Lesiones Grado: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Grave <input type="checkbox"/> Muy Grave <input type="checkbox"/> Mortal		
ANÁLISIS DE LAS CAUSAS (marcar con una "x" todas las que se hayan detectado).		
<p>CAUSAS RELATIVAS A INSTALACIONES, MÁQUINAS, HERRAMIENTAS Y EQUIPOS.</p> <p>Máquinas</p> <input type="checkbox"/> Ausencia de resguardos y/ o dispositivos de protección. <input type="checkbox"/> Sistemas de mando inseguros. <input type="checkbox"/> Fallos o inexistencia de dispositivos de control. <input type="checkbox"/> Paro de emergencia inexistente o ineficaz. <input type="checkbox"/> Dispositivos de enclavamiento violados. <input type="checkbox"/> Deficiencia y/ o ausencia de manual de instrucciones. <input type="checkbox"/> Máquina mal utilizada. <input type="checkbox"/> Riesgos derivados de la movilidad de las máquinas automotrices. <input type="checkbox"/> Otras (especificar):	<p>CAUSAS RELATIVAS A LOS MATERIALES.</p> <input type="checkbox"/> Sustancias o productos agresivos. <input type="checkbox"/> Objetos peligrosos por naturaleza (pesados, cortantes...) <input type="checkbox"/> Pérdida o degradación de las cualidades de los materiales. <input type="checkbox"/> Otros factores inherentes a los materiales o los productos (especificar) :	<p>¿CUÁLES FUERON LAS CAUSAS BÁSICAS?</p> <p>CAUSAS RELATIVAS A LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO.</p> <input type="checkbox"/> Operaciones peligrosas dejadas a la elección del operario. <input type="checkbox"/> Instrucciones inexistentes, confusas, contradictorias o insuficientes. <input type="checkbox"/> Falta de cualificación y/ o de experiencia para la tarea. <input type="checkbox"/> Falta de formación/ información al trabajador. <input type="checkbox"/> Falta de adecuación de la máquina, herramienta o material para la tarea (utilización no prevista por el fabricante). <input type="checkbox"/> Mantenimiento o limpieza de la máquina sin detenerla. <input type="checkbox"/> Sobrecarga de trabajo/ sobreesfuerzos. <input type="checkbox"/> Operaciones incompatibles. <input type="checkbox"/> Falta de coordinación entre empresas diferentes. <input type="checkbox"/> Otro defectos en la organización del trabajo (especificar):
<p>Equipos, herramientas y medios auxiliares</p> <input type="checkbox"/> Equipos, herramientas y medios auxiliares mal concebidos. <input type="checkbox"/> Equipos, herramientas y medios auxiliares en mal estado. <input type="checkbox"/> Equipos, herramientas y medios auxiliares mal utilizados. <input type="checkbox"/> Inestabilidad de apilamientos o estanterías. <input type="checkbox"/> Otras (especificar):	<p>CAUSAS RELATIVAS AL AMBIENTE Y LUGAR DE TRABAJO.</p> <input type="checkbox"/> Ruido excesivo (enmascarador de señales). <input type="checkbox"/> Iluminación insuficiente o deslumbramiento. <input type="checkbox"/> Otros agentes físicos (temperatura, humedad, etc.). <input type="checkbox"/> Fugas y/ o derrames de productos químicos <input type="checkbox"/> Falta de orden y limpieza. <input type="checkbox"/> Malos pasos, tropiezos. <input type="checkbox"/> Espacio insuficiente/ posturas forzadas. <input type="checkbox"/> No delimitación de zonas de trabajo o de paso. <input type="checkbox"/> Aberturas y huecos desprotegidos. <input type="checkbox"/> Zonas de paso, escaleras o accesos inseguros. <input type="checkbox"/> Deficiencias en las plataformas de trabajo. <input type="checkbox"/> Deficiencias o ausencias de la señalización. <input type="checkbox"/> Otros factores de los lugares de trabajo (especificar) :	<p>CAUSAS RELATIVAS A LA ORGANIZACIÓN DE LA PREVENCIÓN.</p> <input type="checkbox"/> Compra o alquiler de máquinas o equipos sin considerar los aspectos preventivos. <input type="checkbox"/> Mantenimiento preventivo inexistente o inadecuado. <input type="checkbox"/> Fallos o inexistencia en la detección, evaluación y gestión de los riesgos. <input type="checkbox"/> Inexistencia de Plan de Formación de los trabajadores, incluidos los de nueva incorporación. <input type="checkbox"/> Inexistencia o inadecuación de los equipos de protección individual. <input type="checkbox"/> Otro defectos en la gestión de la prevención(especificar):
<p>Incendios</p> <input type="checkbox"/> Inadecuado almacenamiento de productos inflamables. <input type="checkbox"/> Inexistencia o insuficiencia de sistemas de detección o extinción de incendios. <input type="checkbox"/> Otras (especificar):	<p>CAUSAS RELATIVAS AL INDIVIDUO (ACCIDENTADO Y/ O TERCEROS).</p> <input type="checkbox"/> Desconocimiento del método de trabajo. <input type="checkbox"/> Desconocimiento de los riesgos. <input type="checkbox"/> Desconocimiento de las medidas de prevención aplicables. <input type="checkbox"/> Incumplimiento de órdenes expresas de trabajo. <input type="checkbox"/> Mala interpretación de las consignas de trabajo. <input type="checkbox"/> Anulación o retirada de protecciones. <input type="checkbox"/> Sobreesfuerzos de carácter individual. <input type="checkbox"/> No utilización de prendas de protección individual. <input type="checkbox"/> Otros factores individuales (especificar):	
<p>Electricidad</p> <input type="checkbox"/> Inexistencia/ fallo de protección contra contactos eléctricos directos. <input type="checkbox"/> Inexistencia/ fallo de protección contra contactos eléctricos indirectos. <input type="checkbox"/> Corte imprevisto de suministro eléctrico. <input type="checkbox"/> Otras (especificar):		

3. LUGAR, FECHA Y FIRMA	
En....., a..... de de..... EL TÉCNICO/ A DE LA UNIDAD DE PREVENCIÓN	En....., a..... de de..... LA PERSONA EMPLEADA PÚBLICA
FDO:.....	FDO:.....