

A. Evaluation des risques pour cette fonction :

1. S'agit-il ?

- | | |
|---|-------------|
| 1. d'un poste de sécurité
(Tout poste impliquant l'utilisation de grues, ponts roulants, engins de levage, voitures, de machines mettant en danger la sécurité et la santé d'autres personnes) | oui / non * |
| 2. d'un poste de vigilance
(Tout poste qui consiste en une surveillance permanente du fonctionnement d'une installation où un défaut de vigilance peut mettre en danger d'autres travailleurs) | oui / non * |
| 3. d'une fonction qui concerne une activité liées aux denrées alimentaires | oui / non * |
| 4. d'une fonction qui amène à conduire des véhicules | oui / non * |
| 5. d'un poste de travail de nuit | oui / non * |

- | | |
|---|-------------|
| 2. La surveillance de santé préalable, est-elle exigée ? (s'il a été répondu « oui » à un des points ci-dessus, la surveillance est toujours obligatoire) | oui / non * |
| 3. Risques particuliers pour des femmes enceintes ? | oui / non * |
| 4. Risques particuliers lors de l'allaitement ? | oui / non * |
| 5. Risques particuliers pour des jeunes travailleurs ? | oui / non * |
| 6. La fonction concerne-t-elle des tâches interdites aux moins de 18 ans ? | oui / non * |

(La réglementation interdit aux jeunes et aux étudiants travailleurs des travaux dangereux tels que le contact avec des produits chimiques dangereux, la conduite de machines dangereuses – engins de levage, cisailles à métaux, scies, presses, soudage, montage d'échafaudages, ...)

7. Y-a-t-il des risques de sécurité technique ?

- | | |
|--|-------------|
| Risques de chute | oui / non * |
| Présence de passage étroit | oui / non * |
| Risque de renversement par des véhicules | oui / non * |
| Risques de coupure | oui / non * |
| Risque de brûlure | oui / non * |
| Risque électrique | oui / non * |
| Travail isolé | oui / non * |
| Risque d'incendie ou d'explosion | oui / non * |

8. Utilisation ou exposition à des substances chimiques ? oui / non *
(si oui, indiquez lesquelles)

.....

9. Utilisation ou exposition à des substances cancérigènes ? oui / non *
(si oui, indiquez lesquelles) (amiante, poussière de bois, médicaments cytostatiques, ...)

.....

10. Exposition à des agents physiques ? oui / non *
(si oui, indiquez lesquelles) (bruit, températures basses ou élevées, vibrations, rayonnements ionisants, rayons laser, rayons infrarouges, rayons ultraviolets, rayonnements électromagnétiques, ...)

.....

11. Exposition aux agents biologiques (substances) ? oui / non *
(si oui, indiquez lesquelles)

.....

- | | |
|--|-------------|
| 12. Charge physique de travail, soulèvement de charge lourde ? | oui / non * |
| 13. Charge psychosociale ? (stress, violence, agression, ...) | oui / non * |
| 14. Travail sur écran plus de quatre heure par jour ? | oui / non * |

B. Mesures de prévention et protection pour cette fonction :

1. Instructions et formations préalables de sécurité :

Nom et prénom de la personne du service qui donne ces instructions :

.....

Sa fonction :

Documents fournis (fiches de sécurité des produits) :

.....
.....
.....

Date de cette formation : / / 20

2. Equipements de protection et vêtements de travail à fournir :

- Pantalon *
- Blouse *
- Chaussure de sécurité *
- Gants *
- Lunettes *
- Autres ...

3. Procédures d'urgence à suivre pour le bâtiment : voir site de l'Umons
Procédure et la liste des équipiers de première intervention.

4. Premiers secours :

Lieu de la pharmacie :

Lieu du local des premiers soins :

Liste des secouristes : voir site de l'Umons

Responsable de cette fiche de poste de travail (chef du service) :

Nom, prénom :

Date : / / 20...

Signature :

.....

* supprimer les termes inutiles.

P.S. : si les espaces sont insuffisants, des annexes peuvent être jointes.