



Fiche d'analyse d'une situation de travail en **entreprise** pour en évaluer les risques chimiques

<p>Situation de travail</p>	<p>Ce que fait l'apprenti : (ex. lessivage, ponçage, décollage, décapage, peinture,...)</p> <p>Avec qui le fait-il : (seul, avec un ou plusieurs collègues, avec le patron)</p> <p>Ce que font ses collègues à côté de lui :</p> <p>Y a-t-il d'autres personnes sur le chantier ?</p> <ul style="list-style-type: none"> - professionnels Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - particuliers, personnes extérieures Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - maître de stage Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <p>Que font-elles ?</p>
<p>Durée de l'activité</p>	<p>Combien de temps le fait-il (en heure) :</p> <p>Il fait une (des) pause(s) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - midi Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Durée : - matin Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nombre/Durée : - après-midi Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Nombre/Durée : <p>Il peut faire une pause quand il en ressent le besoin</p> <p style="text-align: center;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Ce qu'il fait pendant la pause :</p>
<p>Lieu de l'activité</p>	<p>Il travaille :</p> <ul style="list-style-type: none"> - A l'atelier de l'entreprise : <input type="checkbox"/> - Sur un chantier : <input type="checkbox"/> neuf <input type="checkbox"/> ancien - Dans un appartement/une maison : <input type="checkbox"/> - Parties communes d'un immeuble : <input type="checkbox"/> - Autre : <input type="checkbox"/> Préciser : <ul style="list-style-type: none"> - A l'extérieur : <input type="checkbox"/> - A l'intérieur : <input type="checkbox"/>
<p>Support</p>	<p>Il travaille sur : (ex. mur, plafond, sol, porte, fenêtre, volet, barrière,...)</p> <p>Ce support est en : (brique, béton nu, surface peinte, parquet, bois, fer, ...)</p> <p>Sa surface est de (en m2) :</p>

Matériels utilisés	Il utilise : (éponge, pulvérisateur, brosse, couteau, spatule, cale, pinceau, pistolet, ...)
Produits utilisés	<p>Pour réaliser cette activité, il utilise : (lessive, décapant, durcisseur, enduit, colle, solvant, peinture, vernis...)</p> <p>Les collègues qui travaillent autour de lui utilisent : (lessive, décapant, durcisseur, enduit, colle, solvant, peinture, vernis...)</p> <p>Pour nettoyer le matériel, il utilise : (eau, solvant, ...)</p> <p>Il peut lire sur les bidons les étiquettes des produits utilisés : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si non, pourquoi ? :</p> <p>Il prépare lui-même les produits : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>
Équipement de protection collective	<p>La pièce dans laquelle il travaille est ventilée (si travail en intérieur) : Oui <input type="checkbox"/> Comment (ventilation manuelle ? mécanique ?) :</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Pourquoi ? :</p>

Équipement de protection individuelle	<p>Il met :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un blanc : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - Des chaussures de sécurité : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - Des gants : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Type : - Un masque : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Type : - Des lunettes : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> - De la crème protectrice : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Type : (mains, visage) <p>Autres équipements (non liés à l'utilisation de produits chimiques)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Protection auditives : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Type : - Genouillères : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 																																																								
Hygiène	<table border="0"> <tr> <td>Il se lave :</td> <td>Les mains</td> <td>Le visage</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Pendant les activités</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- A chaque pause</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Avant de manger</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Il se lave les mains :</td> </tr> <tr> <td>- A l'eau</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- A l'eau et au savon</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Avec une crème</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Avec un solvant</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lequel ? :</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Le repas de midi est pris :</td> </tr> <tr> <td>- Sur le lieu de travail</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Dans le véhicule</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- A l'extérieur</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Au domicile</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Il se lave :	Les mains	Le visage		- Pendant les activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- A chaque pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Avant de manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Il se lave les mains :				- A l'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- A l'eau et au savon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Avec une crème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Avec un solvant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? :	Le repas de midi est pris :				- Sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Dans le véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- A l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		- Au domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Il se lave :	Les mains	Le visage																																																							
- Pendant les activités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
- A chaque pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
- Avant de manger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
Il se lave les mains :																																																									
- A l'eau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
- A l'eau et au savon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
- Avec une crème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
- Avec un solvant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? :																																																						
Le repas de midi est pris :																																																									
- Sur le lieu de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
- Dans le véhicule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
- A l'extérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							
- Au domicile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																							

Effets sur la santé

Durant cette activité, a-t-il ressenti :

1. Une irritation / Dans quelle circonstance ?

- au niveau de la peau
- au niveau des yeux
- au niveau du nez
- au niveau de la gorge

Qu'a-t-il pu faire ?

2. Des démangeaisons / Dans quelle circonstance ?

- au niveau de la peau
- au niveau des yeux
- au niveau du nez
- au niveau de la gorge

Qu'a-t-il pu faire ?

3. Des brûlures / Dans quelle circonstance ?

- au niveau de la peau
- au niveau des yeux
- au niveau du nez
- au niveau de la gorge

Qu'a-t-il pu faire ?

4. Une gêne respiratoire : Oui Non

Dans quelle circonstance ?

Qu'a-t-il pu faire ?

5. Des nausées, des vertiges : Oui Non

Dans quelle circonstance ?

Qu'a-t-il pu faire ?

Pourrait-il ressentir des effets à long terme ?

Oui à quoi seraient-ils dûs ?

Non pourquoi ?