

FORMULAIRE D'INSPECTION ET DE PRÉVENTION



Nom de l'entreprise :

AU SUJET DE L'ÉCLAIRAGE

L'éclairage est-il

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Trop fort ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Trop faible ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Trop loin des postes de travail ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Les travailleuses et les travailleurs ont-ils des troubles de vision ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

AU SUJET DU BRUIT

Le bruit est-il

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Excessif ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Continu ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Intermittent ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Certaines travailleuses ou certains travailleurs sont-ils atteints de surdité ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

QUALITÉ DE L'AIR

Y a-t-il :

- | | | |
|---------------|------------------------------|------------------------------|
| Des gaz ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| Des vapeurs ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |
| De la buée ? | OUI <input type="checkbox"/> | NON <input type="checkbox"/> |

De la poussière ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Des liquides ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
D'autres produits dangereux ? Spécifier lesquels _____	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
De nouveaux produits ? Spécifier lesquels _____	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Le système de ventilation est-il adéquat ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il des travailleuses ou des travailleurs qui démontrent des symptômes de maladies ? Ex : maux d'estomac ; problèmes de respiration ; allergies ; maladies de la peau, etc.	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

RADIATIONS

Des travailleuses ou des travailleurs sont-ils exposés à des radiations ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	-----	--------------------------

MACHINES

Les machines sont-elles bien entretenues ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Quand fait-on l'entretien ?				
◆ Toutes les semaines ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
◆ Tous les mois ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
◆ Autre ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
▪ Spécifier _____				
Y a-t-il des gardes partout où c'est nécessaire ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
◆ Sont-ils adéquats ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il assez de place pour travailler et circuler autour des machines ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Les pièces mobiles sont-elles couvertes ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
L'opératrice ou l'opérateur ont-ils reçu une formation suffisante ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
En cas de bris ou de mauvais fonctionnement, est-ce que les machines s'arrêtent automatiquement ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

Depuis votre dernière inspection, y a-t-il de nouvelles machines ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
◆ Sont-elles adéquates ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

SOULÈVEMENT DES OBJETS

Les travailleuses ou les travailleurs ont-ils à soulever des poids moyennement lourds ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
◆ Quel poids environ ? _____				

TRANSPORT DU MATÉRIEL

Les produits sont-ils transportés avec des moyens qui ne mettent pas en danger la sécurité des gens ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Les matériaux sont-ils transportés adéquatement ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

L'ÉTABLISSEMENT

Y a-t-il des garde-corps partout où c'est requis ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
◆ Sont-ils en bon état ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Les dénivellations sont-elles abruptes ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Y a-t-il danger de glissement ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Les escaliers, échelles, escabeaux, passerelles et plate-formes sont-ils solides et en bon état ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
◆ Avec des garde-corps partout où c'est requis ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
Les voies d'accès (passages, corridors, allées) sont-elles :				
◆ Bien éclairées ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
◆ Glissantes ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
◆ Bien dégagées ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
◆ Lignées ou tracées ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
◆ Servent-elles d'entrepôt ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>

INCENDIES – EXPLOSIONS

Y a-t-il une sortie d'urgence près de votre département ?	OUI	<input type="checkbox"/>	NON	<input type="checkbox"/>
--	-----	--------------------------	-----	--------------------------

Est-elle facile et rapide à ouvrir ?

OUI

NON

ATTENTION : LA SORTIE D'URGENCE DOIT TOUJOURS ÊTRE FACILE À OUVRIR. VÉRIFIEZ QU'ELLE NE SOIT PAS BARRÉE.

Y a-t-il des extincteurs dans votre département ?

OUI

NON

◆ Sont-ils vérifiés régulièrement ?

OUI

NON

◆ Fonctionnent-ils ?

OUI

NON

◆ Les travailleuses et les travailleurs savent-ils s'en servir ?

OUI

NON

MALADIES

<i>SYMPTÔMES</i>	<i>CAUSES POSSIBLES</i>

Inspection effectuée par : _____

Date : _____