|  |
| --- |
| **Collectivité / Établissement public** |
| **Nom de la collectivité / établissement public :**    **Adresse :**  **N° de téléphone :** |

|  |
| --- |
| **Médecin de Prévention** |
| **Organisme :**  **Nom et Prénom :**  **Adresse :**  **N° de téléphone :** |

|  |
| --- |
| **Agent** |
| **Nom et Prénom :**  **Date de naissance : Numéro de sécurité sociale : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_**  **Poste occupé :**  **Adresse :**  **N° de téléphone :** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Exposition** | | | |
| **Date de début :** | **Date de fin :** | | **Durée d’exposition :** |
| **Adresse de l’intervention :** | | | |
| **Nature des travaux :** | | | |
| **Procédure de travail, mode opératoire, outillage utilisé :** | | | |
| **Types de matériaux amiantés :** | | **Taux d’empoussièrement estimé :**  *(Nombre de fibre par litre d’air = f/L)* | |
| **Si contrôle d’empoussièrement sur le chantier, précisez :**  **La date :**  **L’organisme :**  **Le taux relevé :** | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Types d’équipements de protection collective mis à disposition :** | | |
| Désignation | Oui | Non |
| Film de propreté |  |  |
| Matériel de décontamination (douche) |  |  |
| Brumisation |  |  |
| Aspirateur très haute efficacité |  |  |
| Matériel servant au confinement |  |  |
| Formation |  |  |
| Autre : |  |  |
| Autre : |  |  |
| Remarques : | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Types d’équipements de protection individuelle mis à disposition :** | | | |
| Désignation | | Oui | Non |
| Appareils respiratoires | Masque jetable FFP3 \* |  |  |
| Demi-masque ou masque complet avec filtre FFP3 \* |  |  |
| Demi-masque TM2P à ventilation assistée |  |  |
| Masque TM3P à ventilation assistée |  |  |
| Masque à adduction d’air |  |  |
| Autres | Combinaison type 5 – 6 |  |  |
| Gants |  |  |
| Sur-chaussures |  |  |
| Bottes |  |  |
| Autres : |  |  |
| Autres : |  |  |
| *\* Ces protections respiratoires individuelles ne sont pas les plus adaptées pour l’amiante. Favorisez l’utilisation des autres types de protections respiratoires.*  Remarques : | | | |

**Le médecin de prévention**

**Dr**

**Informé le**

**Signature**

**L’Autorité Territoriale,**

**M.**

**Date, signature et cachet**

**Le Président du CHSCT**

**M.**

**Informé le**

**Signature**

**L’agent,**

**Date et signature**

|  |
| --- |
| Observations : |