



COMOPSMED



FICHE DE POSTE DE TRAVAIL

N° de fonction (voir T.O.)	Chef de service – section - bureau
	Poste à stress

Département / Sous-département	COMOPSMED
Localisation (BM ; local)	EVERE BLOC 1 2étage

Qualification professionnelle requisse (Permis, brevet, ...)	
--	--

Volet A

Brève description des différentes tâches (par poste de travail),

Superviser, organiser et coordonner un service. Obligation de résultats et délais à respecter

Equipements de travail :

Remplir le tableau en Annexe 6

**RESUME RESULTATS EVALUATION DES RISQUES POUR CETTE FONCTION
(en application de l'AR du 27/3/98:système de gestion dynamique des risques)**


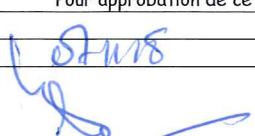
	Exposition au risque	Nature et contenu surveillance de santé
1. S'agit-il d'un poste de sécurité? <i>Si oui</i> - utilisation d'équipements de travail (grues, ponts roulants, engins de levage) - conduite de véhicules à moteur - port d'armes	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
2. S'agit-il d'un poste de vigilance? (Tout poste de travail qui consiste en une surveillance permanente du fonctionnement d'une installation ou un défaut de vigilance lors de cette surveillance du fonctionnement peut mettre en danger la santé et la sécurité d'autres travailleurs de l'entreprise ou d'entreprises extérieures.)	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
3. La fonction, concerne-t-elle une activité liée aux denrées alimentaires?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
4. Y-a-t-il des risques particuliers liés aux fonctions en cas de: - travail de nuit 4.bis Y-a-t-il des risques particuliers liés aux fonctions en cas de: - travail posté	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
5. La surveillance de santé préalable, est-elle exigée? (s'il a été répondu "oui" aux pts 1,2 et 3, la surveillance de santé est toujours obligatoire)	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
6. Risques particuliers pour des femmes enceintes?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
7. Risques particuliers lors d'allaitement?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
8. Risques particuliers pour des jeunes au travail?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
9. La fonction, concerne-t-elle des tâches interdites aux moins de 18 ans? 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 telles que les engins de levage, cisailles à métaux, scies, presses; soudage ou coupage; démolition de bâtiments, montage ou démontage d'échafaudages, ... (l'énumération entière, voir Code, Titre VIII, Chapitre II)	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
10. Y-a-t-il des risques de sécurité technique ? Voir pour ceci l'annexe 1 et complétez	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
11. Substances chimiques? Si oui, complétez l'annexe 2.	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
12. Substances cancérigènes? Si oui, complétez l'annexe 3.	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
13. Agents physiques? (bruit, vibrations, froid, chaleur, etc.) Si oui, complétez l'annexe 4.	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
14. Agents biologiques? Si oui, complétez l'annexe 5.	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
15. Charge ergonomique lourde?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
16. Travail monotone ou répétitif?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
17. Charge physique de travail, soulèvement de charges?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
18. Charge psycho-sociale? (stress, violence, agression)	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
19. Travail à l'écran régulier?>= 4 Hr / jour	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

Volet B

MESURES DE PREVENTION ET PROTECTION POUR CETTE FONCTION / CE POSTE DE TRAVAIL

1° Un permis de feu est-il exigé ? (un permis de feu est exigé lors de travaux avec une flamme nue, tels que la soudure, le découpage plasma, disquer, ...)	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
2° La mise en service des machines et équipements de travail est-elle faite ? (A faire réaliser par la SLPPT)	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
Le document est-il disponible / accessible au travailleur ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui : Localisation :		
3° Instructions préalables de sécurité : Existe-t-il des fiches d'instruction de sécurité ? (instructions expliquant comment utiliser de manière sécurisée une machine, un appareil, un engin ?)	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
Si oui : Références :		
4° Formation préalable de sécurité (Acquérir une connaissance de base afin d'effectuer la tâche de façon sûre et efficace dans un environnement qui comporte des risques. Ceci inclut la connaissance de base pour tout travailleur ainsi que la formation spécifique liée à une fonction spécifique comme conducteur d'un chariot élévateur, électricien,...) Mentionner le contenu, la durée et la durée de validité ou référer au document existant disponible/accessible au travailleur.	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Référence : Fmn CIS		
5° Equipements de protection collective exigés	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
Description :		
6° Vêtements de travail et équipements de protection individuelle exigés	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<input type="checkbox"/> pantalon/veste. type :	<input type="checkbox"/> protection respiratoire. Type:	
<input type="checkbox"/> salopette. type :	<input type="checkbox"/> lunettes/écran de protection. Type:	
<input checked="" type="checkbox"/> sarrau ou cache-poussière : type : anti-statique (suivant tâche)	<input type="checkbox"/> protection de l'ouïe. Type:	
<input checked="" type="checkbox"/> chaussures de sécurité. Type: anti-statique	<input type="checkbox"/> pommade:	
<input type="checkbox"/> harnais de sécurité. Type:	<input type="checkbox"/> équipement spécifique:	
<input type="checkbox"/> gants/mouffes. Type:	<input type="checkbox"/> autres:	
<input type="checkbox"/> casque. Type:	<input type="checkbox"/>	
7° procédures d'urgence à suivre (pour quelles situations, renvoi au document de référence)		
Détaillée dans les OJ		
8° Numéros d'urgence		
Incendie 112	Corps de Garde *333	Urgences 112
9° Premiers secours (Infirmiers, Infirmierie, secouristes, ...)(disponibilité, localisation)		
Description :		
En dehors des heures normales de service appel au 112		
10° Vaccinations obligatoire :	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui : préciser : TETANOS		
11° Attestation d'aptitude de conduire chauffeur	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	
Si oui : préciser :		
12° Information annuelle/préalable à remettre aux travailleurs – autre info (renvoyer à la disponibilité)	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si oui : préciser : Briefing de sécurité + diverses campagnes d'affichage		

Avis du conseiller en prévention (SLPPT) et du médecin du travail (AMT)

	Visum SLPPT Pour approbation de cette fiche	Visum médecin du travail Pour approbation de cette fiche
Date		
Nom		
Grade		
Signature	 Samuël CORNU Commandant d'Aviation Conseiller en prévention Ergonome ACOS WB – SLPPT 08	 Dr. Jean GOEDERT MEDECIN DU TRAVAIL ARBEIDGENEESHEER CH. AMT EVERE

Remarques supplémentaires

Date de présentation au CCB /CSC	
Avis comité pour la prévention et la protection au travail :	

Le Chef de Corps (PO : Chef d'atelier, Comd Pl) etc....	Le travailleur soussigné a pris connaissance de cette fiche concernant le poste de travail à occuper.
--	---

Date :	Date :
--------	--------

Nom :	Nom :
Grade :	Grade :
Fonction :	Fonction :
Signature :	Signature :

Annexe 1: Présence de risques de sécurité technique

	Le risque est-il présent au poste de travail?
	OUI
Risque de chute: - de plein pied (glisser/trébucher) - et/ou de hauteur (tomber de/dans)	<input type="checkbox"/>
Présence de passages dangereux (trop étroit, obstacles)	<input type="checkbox"/>
Risque de renversement par des véhicules	<input type="checkbox"/>
Risque de coupure, heurt, écrasement ou serrage, coinçage ou emprisonnement dans une machine	<input type="checkbox"/>
Risque de chute d'objets ou de détachement ou projection de parties	<input type="checkbox"/>
Risque d'incendie/d'explosion, risque de brûlures	<input type="checkbox"/>
Risque électrique	<input type="checkbox"/>
Travail avec de l'air comprimé	<input type="checkbox"/>
Travail isolé	<input type="checkbox"/>
Travail en espace clos	<input type="checkbox"/>
Travail près de l'eau avec risque de noyade	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Annexe 3: Exposition aux substances cancérigènes

Substance cancérigène présente sur les lieux de travail	Y-a-t-il un risque pour la santé du travailleur?	Danger intrinsèque du produit	Nature et contenu de la surveillance de santé
(Mentionner les produits)	OUI	(phrases R)	(A compléter par le médecin du travail)
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>		

Annexe 4: Exposition aux agents physiques

	Suite à cela, y-a-t-il un risque pour la santé du travailleur?	Nature et contenu de la surveillance de santé
	OUI	(A compléter par le médecin du travail)
Bruit	<input type="checkbox"/>	
Lumière	<input type="checkbox"/>	
Températures basses	<input type="checkbox"/>	
Températures élevées	<input type="checkbox"/>	
Humidité	<input type="checkbox"/>	
Vibrations	<input type="checkbox"/>	
Rayonnements ionisantes	<input type="checkbox"/>	
Rayonnements électromagnétiques	<input type="checkbox"/>	
Rayons ultraviolets	<input type="checkbox"/>	
Rayons infrarouges	<input type="checkbox"/>	
Rayons laser	<input type="checkbox"/>	
Milieu hyperbare	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

Annexe 5: Exposition aux agents biologiques (substances)

Agents biologiques présent sur les lieux de travail	Risque pour la santé du travailleur	Nature et contenu de la surveillance de santé
	OUI	(A compléter par le médecin du travail)
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

Annexe 6: Equipement de travail

Equipement de travail lié à l'infrastructure	Une fiche d'instruction de sécurité est-elle présente ?	Y-a-t-il un risque pour la santé du travailleur ?	Nature et contenu de la surveillance de santé
		(Lequel)	(A compléter par le médecin du travail)
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

Equipement de travail <u>non</u> lié à l'infrastructure	Une fiche d'instruction de sécurité est-elle présente ?	Y-a-t-il un risque pour la santé du travailleur ?	Nature et contenu de la surveillance de santé
		(Lequel)	(A compléter par le médecin du travail)
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		