



COMOPSMED



FICHE DE POSTE DE TRAVAIL

N° de fonction (voir T.O.)	Intitulé du poste de travail
	Médecin

Département / Sous-département	COMOPSMED
Localisation (BM ; local)	

Qualification professionnelle requisse (Permis, brevet, ...)	Diplôme de médecin généraliste + master complémentaire
--	--

Volet A

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

- Appliquer les techniques médicales et chirurgicales afin de faire face à une urgence vitales, c'est-à-dire, à une situation où le patient, faute de soins, risque de décéder.
- Reconnaître les situations les plus à risque et les gestes réellement urgent à poser
- Appliquer les techniques médicales en temps normal
- Être compétent dans de nombreux domaines : pédiatrie, médecine interne, chirurgie, psychiatrie, toxicologie, médecines de catastrophes, ...

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 checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" 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 où 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 checked="" type="checkbox"/> OUI <input 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 checked="" type="checkbox"/> OUI <input 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 checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
6. Risques particuliers pour des femmes enceintes?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
7. Risques particuliers lors d'allaitement?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
8. Risques particuliers pour des jeunes au travail?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input 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 type="checkbox"/> NON	Pas d'application
10. Y-a-t-il des risques de sécurité technique ? Voir pour ceci l'annexe 1 et complétez	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
11. Substances chimiques? Si oui, complétez l'annexe 2.	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	formaldéhyde
12. Substances cancérigènes? Si oui, complétez l'annexe 3.	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	formaldéhyde
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 checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
15. Charge ergonomique lourde?	<input checked="" type="checkbox"/> OUI <input 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 checked="" type="checkbox"/> OUI <input 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 type="checkbox"/> OUI <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
	Si oui : Références : Prise de connaissance des notices d'utilisation appareillage Med divers	
4°	Formation préalables 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 lié 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 : connaissance des notices d'utilisation appareillage Med divers	
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 checked="" type="checkbox"/> pantalon/veste.type : Eq ambulancier	<input checked="" type="checkbox"/> protection respiratoire. Type: masque hospital
	<input type="checkbox"/> salopette: type :	<input checked="" type="checkbox"/> lunettes/écran de protection. Type:
	<input type="checkbox"/> sarrau ou cache-poussière : type :)	<input type="checkbox"/> protection de l'ouïe. Type:
	<input checked="" type="checkbox"/> chaussures de sécurité. Type: trucker	<input type="checkbox"/> pommade:
	<input type="checkbox"/> harnais de sécurité. Type:	<input type="checkbox"/> équipement spécifique:
	<input checked="" type="checkbox"/> gants/moufles. Type: latex / manutention	<input type="checkbox"/> autres:
	<input checked="" type="checkbox"/> casque. Type: F2XTREM	<input type="checkbox"/>
7°	procédures d'urgence à suivre (pour quelles situations, renvoi au document de référence)	
	112	
8°	Numéros d'urgence	
	Incendie	Corps de Garde
	112	*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, Hep B, test tuberculose	
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		2-11-18
Nom	Samuël CORNU	Dr Jean GOEDERT
Grade	Commandant d'Aviation Conseiller en prévention Ergonome	MEDECIN DU TRAVAIL ARBEIDSGENEESHEER
Signature	ACOS WB – SLPPT 08	GEM 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 checked="" type="checkbox"/>
Présence de passages dangereux (trop étroit, obstacles)	<input checked="" type="checkbox"/>
Risque de renversement par des véhicules	<input checked="" type="checkbox"/>
Risque de coupure, heurt, écrasement ou serrage, coinçage ou emprisonnement dans une machine	<input checked="" type="checkbox"/>
Risque de chute d'objets ou de détachement ou projection de parties	<input checked="" type="checkbox"/>
Risque d'incendie/d'explosion, risque de brûlures	<input checked="" type="checkbox"/>
Risque électrique	<input checked="" type="checkbox"/>
Travail avec de l'air comprimé	<input checked="" 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)
Médicaments cytostatiques	<input type="checkbox"/>	oui	
Autres substance	<input type="checkbox"/>		
Poussière de bois	<input type="checkbox"/>		
Amiante	<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 checked="" type="checkbox"/>	
Lumière	<input type="checkbox"/>	
Températures basses	<input type="checkbox"/>	
Températures élevées	<input type="checkbox"/>	
Humidité	<input checked="" type="checkbox"/>	
Vibrations	<input checked="" 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"/>	
Fatigue physique (déplacements constants,)	<input checked="" 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)
Bactérie	<input checked="" type="checkbox"/>	Voir tableau 5 bis
virus	<input checked="" type="checkbox"/>	Voir tableau 5 bis
parasites	<input checked="" type="checkbox"/>	Pulmonaire - dermique
champignons	<input checked="" type="checkbox"/>	Pulmonaire - dermique
	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	

Tableau 5 Bis: Exposition aux agents biologiques (substances)

	Le risque, est-il présent au poste de travail ?	Suite à cela, y-a-t-il un risque pour la santé du travailleur?	Nature et contenu de la surveillance de santé
	OUI	OUI	
Bactéries et agents biologique similaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENDOPARASITES GROUPE 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ENDOPARASITES GROUPE 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MYCOSES GROUPE 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MYCOSES GROUPE 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BACTERIES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BACTERIES GROUPE 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BACTERIES GROUPE 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BACTERIES GROUPE 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BACILLUS ANTHRACIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BORDETELLA FERTUSSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BRUCELLA SPP.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CHLAMYDIA PSITTACI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CLOSTRIDIUM SPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CLOSTRIDIUM TETANI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CORYNEBACTERIUM DIPHTHERIAE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
COXIELLA BURNETTI (Q FEVER)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
FRANCISELLA TULARENSIS TYPE A (CHASSEURS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HAEMOPHILUS INFLUENZAE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HELICOBACTER PYLORI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
LEPTOSPIRA SPP (CHASSEURS DE RATS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MYCOBACTERIUM SPP GROUPE 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MYCOBACTERIUM AFRIC, BOVIS, LEPRAE, MICROTI, ULCERANS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
NEISSERIA MENINGITIDIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PSEUDOMONAS AERUGINOSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PSEUDOMONAS MALLEI PSEUDOMALLEI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
RICKETTIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SALMONELLA PARATYPHI A, B, C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SALMONELLA TYPHI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SHIGELLA DYSENTERIAE TYPE 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
YERSINIA PESTIS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS GROUPE 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS GROUPE 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS GROUPE 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ADENOVIRIDAE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS IMPORTES GROUPE 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS IMPORTES GROUPE 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS HEP A	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
VIRUS HEP E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
VIRUS HEP B,C,D,..	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
HERPES VIRUS SIMIAE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS INFLUENZA (A,B,C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PAPOVAVIRIDAE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS DE LA ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS OURLIEN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS POLIOMYELITIQUE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
MONKEYPOX VIRUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS DE LA VARIOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS D'IMMUNODEFICIENCE HUMAINE (VIH et SIV)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
VIRUS DE LEUCEMIE HUMAINE A CELLULES T (HTLV Type 1 et 2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS DE LA RAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
VIRUS DE LA RUBEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CREUTZFELDT-JACOB E.A.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CYTOMEGALOVIRUS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PAVOVIRUS HUMAIN	<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)
Défibrillateurs	Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Chocs électrique	
	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 <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)
Matériel (fonction veineuse)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Piqures infections	
	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"/>		