



COMOPSMED



FICHE DE POSTE DE TRAVAIL

| | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|
| N° de fonction (voir T.O.) | Intitulé du poste de travail |
| | Travail administratif : INFIRMIER |

| | |
|---|-------------------------------|
| Département / Sous-département | COMOPSMED |
| Localisation (BM ; local) | BLOC 1 2 ^{ème} étage |

| | |
|---|-----------------------|
| Qualification professionnelle requisse (Permis, brevet, ...) | Bach soins infirmiers |
|---|-----------------------|

Volet A

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

Premiers soins, soins infirmiers, examens cliniques, vaccinations, prises de sang et urine, tâches administratives

Equipements de travail :

Remplir le tableau en Annexe 6

(équipements de travail : toutes les machines utilisées sur le lieu de travail, appareils outillage et installations. En bref tout objet avec lequel on effectue un travail. Pe ordinateur, foreuse, pipette automatique, marteau, pince, disqueuse etc). Différencier entre équipements de travail liés à l'infrastructure (fixe – amovibles) et autres comme l'outillage à main, petits appareils mobiles. Le renvoi vers des Schedule qui reprennent la dénomination et la description est possible pour autant que la Schedule est présente au poste de travail

**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 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'entreprises 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 | <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON | |
| 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 | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | suivant avis Med du travail |
| 7. Risques particuliers lors d'allaitement? | <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | suivant avis Med du travail |
| 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 checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | |
| 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 | |
| 12. Substances cancérigènes? Si oui, complétez l'annexe 3. | <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input 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 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 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 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 type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | |
| Référence : | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/> pantalon/veste/windpak: type : si sortie SMUR</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/> protection respiratoire. Type: Masque CHIR.</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> salopette: type :</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> lunettes/écran de protection. Type:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/> sarrau ou cache-poussière : type : vêtement infirmier</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> protection de l'ouïe. Type:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/> chaussures de sécurité. Type: si sortie SMUR</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> pommades:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> harnais de sécurité. Type:</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> équipement spécifique:</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/> gants/mouffles. Type: si sortie SMUR</td> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/> autres: gants stériles , gants 1 use</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input checked="" type="checkbox"/> casque. Type: F</td> <td></td> </tr> </table> | <input checked="" type="checkbox"/> pantalon/veste/windpak: type : si sortie SMUR | <input checked="" type="checkbox"/> protection respiratoire. Type: Masque CHIR. | <input type="checkbox"/> salopette: type : | <input type="checkbox"/> lunettes/écran de protection. Type: | <input checked="" type="checkbox"/> sarrau ou cache-poussière : type : vêtement infirmier | <input type="checkbox"/> protection de l'ouïe. Type: | <input checked="" type="checkbox"/> chaussures de sécurité. Type: si sortie SMUR | <input type="checkbox"/> pommades: | <input type="checkbox"/> harnais de sécurité. Type: | <input type="checkbox"/> équipement spécifique: | <input checked="" type="checkbox"/> gants/mouffles. Type: si sortie SMUR | <input checked="" type="checkbox"/> autres: gants stériles , gants 1 use | <input checked="" type="checkbox"/> casque. Type: F | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> pantalon/veste/windpak: type : si sortie SMUR | <input checked="" type="checkbox"/> protection respiratoire. Type: Masque CHIR. | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> salopette: type : | <input type="checkbox"/> lunettes/écran de protection. Type: | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> sarrau ou cache-poussière : type : vêtement infirmier | <input type="checkbox"/> protection de l'ouïe. Type: | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> chaussures de sécurité. Type: si sortie SMUR | <input type="checkbox"/> pommades: | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> harnais de sécurité. Type: | <input type="checkbox"/> équipement spécifique: | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> gants/mouffles. Type: si sortie SMUR | <input checked="" type="checkbox"/> autres: gants stériles , gants 1 use | | | | | | | | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> casque. Type: F | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si sortie SMUR | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7° procédures d'urgence à suivre (pour quelles situations, renvoi au document de référence) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Détailée dans le PIU | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8° Numéros d'urgence | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 33%;">Incendie</td> <td style="width: 33%;">Corps de Garde</td> <td style="width: 33%;">Urgences</td> </tr> <tr> <td>112</td> <td>*333</td> <td>112</td> </tr> </table> | Incendie | Corps de Garde | Urgences | 112 | *333 | 112 | | | | | | | | | |
| Incendie | Corps de Garde | Urgences | | | | | | | | | | | | | |
| 112 | *333 | 112 | | | | | | | | | | | | | |
| 9° Premiers secours (Infirmiers, Infirmierie, secouristes, ...)(disponibilité, localisation) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Description : Local 1^{er} soins bloc 1A028 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10° Vaccinations obligatoire : | <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON | | | | | | | | | | | | | | |
| Si oui : préciser : TETANOS, HEPATITES,..... | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 : Brochure d'accueil + JICCS+ panneaux 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 | | 27/11/18 |
| Nom | | |
| Grade | Samuël CORNU Commandant d'Aviation Conseiller en prévention | Dr Jean GOEDERT MEDECIN DU TRAVAIL |
| Signature | Ergonome ACOS WB – SLPPT 08 | ARBEIDGENESHEER 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 checked="" 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"/> |
| Accident/infection/contamination piqûres aiguilles | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Contamination maladie contagieuse | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Irritations de la peau après emploi de produits médicaux | <input checked="" 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) |
| Néant | <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 checked="" 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 le 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) |
| Bactéries/virus divers | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Urine/selles | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Sang | <input checked="" 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) |
| Néant | 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) |
| PC | Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> | Travail sur écran | |
| | 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"/> | | |