

Liste pour gants de protection

Indications générales

Type d'entreprise/de zone de travail _____

Travail effectué :

Description des risques /Conditions de travail et conditions de l'environnement de travail	oui non (Cocher la réponse correspondante)	Indications supplémentaires (veuillez remplir quand marqué d'un *)
Incidents mécaniques Coupures Piqûres Écorchages Être attrapé par des parties tournantes Pincements Écrasement	<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Incidents dus à l'électricité*) Tension électrique Charge électrostatique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tension Volt
Incidents dus à des vibrations*) Outils vibrants Poignées de commande vibrantes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type d'outils / commandes
Incidents thermiques *) Chaleur Soudure Froid Étincelles ou éclaboussures de métal en fusion	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Température°C Expositionh/jour Type de soudure Température°C Expositionh/jour
Incidents chimiques*) Solvants Acides Bases Huiles Autres	<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"/>	Types de produits chimiques
Incidents biologiques *) Matière biologique pathogène Micro-organismes ou virus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type de matière biologique
Incidents dus aux rayonnements, à une contamination *) Rayonnement X Rayonnement UV Autres rayonnements	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type de rayonnement/ Contamination

Autres			
Utilisation permanente (transpiration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critères de souplesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Critères de toucher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Couleur _____			
Taille _____			
Longueur _____			
Durée de l'utilisation des gants	1 à 2h	3 à 4h	5 à 10h
Jusqu'à 4 x / an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jusqu'à 4 x / mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jusqu'à 4 x / semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres indications sur la spécification des gants de protection _____			

Contamination		

Liste pour les produits dermoprotecteurs

Indications générales

Zone de travail : _____
 Travail à effectuer : _____
 Des gants peuvent-ils être utilisés _____

Description du risque encouru:

Conditions du poste de travail	oui	non	Indications supplémentaires
Incidents mécaniques			
Coupures, Piqures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Écorchages	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incidents thermiques			
Froid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temp. °C Exposition : h/jour
Chaleur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temp. °C Exposition : h/jour
Incidents dues à l'humidité / météo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Conditions:		
		
Incidents chimiques			
Substances miscibles à l'eau (p.ex. émulsions refroidisseuses, acides, solutions alcalines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Huiles, graisses, saleté sèche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Solvant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Substances professionnelles variantes _____

Incidents dues aux rayonnements : _____

Rayonnement UV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----------------	--------------------------	--------------------------	--

Nettoyage de la peau

Possibilité de nettoyage de la peau avec de l'eau courante : oui non
 Nom du produit nettoyant pour la peau : _____
 Type de séchage de mains : serviettes en papier rouleau de serviette en tissu
 serviette en tissu air chaud

Soins de la peau

Un produit pour les soins de la peau est proposé : oui non
 Nom du produit pour les soins de la peau : _____

État de la peau

saine sèche sensible

Durée de l'utilisation des gants	1 à 2h	3 à 4h	5 à 10h
Jusqu'à 4 x / an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jusqu'à 4 x / mois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jusqu'à 4 x / semaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quotidienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

