|  |
| --- |
| **FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PROFESSIONNELS**  **Accompagnant l’échantillon et la prescription médicale dans le cadre de la biométrologie** |

|  |
| --- |
| **VOLET À REMPLIR PAR LE MÉDECIN OU L’INFIRMIER** |
| **Type d’analyse à effectuer** |
| IBE à analyser :  Milieu biologique collecté :  Agent chimique concerné : |
| **Entreprise du lieu d’exposition** |
| Nom de l’entreprise :  Nom du responsable :  Adresse :  Secteur d’activité :  Code NAF : |
| **Prescripteur de la surveillance biologique** |
| Nom du Médecin du Travail (ou numéro d’identifiant unique) :  Nom du Service de Santé au Travail :  Adresse :  Téléphone :  E-mail :  Date de la prescription : |
| **Identification du Préleveur de l’échantillon** |
| Nom du préleveur :  Qualité du préleveur :  Téléphone :  E-mail : |
| **Facturation** |
| Entreprise/Organisme :  Contact :  Adresse :  Téléphone :  E-mail : |
| **Recueil et transport de l’échantillon** |
| Date du prélèvement : Heure du prélèvement :  Date d’envoi au laboratoire :  Moment de prélèvement dans la journée : 🞏 Début 🞏 Fin de poste  Moment de prélèvement dans la semaine : 🞏 Début 🞏 Fin de semaine  Nature du prélèvement (matrice biologique et matériels utilisés) :  Mode de stockage : 🞏 Température ambiante 🞏 4°C 🞏 -18°C 🞏 ……….  Mode de transport :  Prélèvement réalisé dans les locaux de travail : 🞏 Oui 🞏 Non  Lieu où a été réalisé le prélèvement :  Lieu de l’exposition :  Douche réalisée avant prélèvement : 🞏 Oui 🞏 Non  Si non : lavage bras/avant-bras avant prélèvement : 🞏 Oui 🞏 Non |
| **Renseignements individuels** |
| Nom : Prénom :  Sexe : 🞏 Féminin 🞏 Masculin  Date de naissance :  Nom et adresse de l’employeur actuel :  Tabagisme : 🞏 Fumeur 🞏 Non-Fumeur 🞏 Ex-Fumeur, depuis quand :  Nombre de cigarettes fumées dans les 24 heures avant le prélèvement :  Alimentation récente/régulière avec : 🞏 Bière 🞏 Cidre 🞏 Coquillages  Etat cutané des mains : 🞏 présence de lésions 🞏 pas de lésions 🞏 ………  Prothèse métallique : 🞏 Oui 🞏 Non  Matériel d’ostéosynthèse : 🞏 Oui 🞏 Non  Barbe : 🞏 Oui 🞏 Non  Nature du poste de travail :  Nombre d’années d’ancienneté au poste de travail :  Type de contrat :  Procédé de travail : |

|  |
| --- |
| **VOLET À REMPLIR PAR L’ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE** |
| **Activité professionnelle le jour du prélèvement** |
| **Description et durée des tâches effectuées :**  SI PEINTRE AERONAUTIQUE  🞏 Moulage – Démoulage Durée : 🞏 Ponçage – Soufflage Durée :  🞏 Nettoyage Durée :  🞏 Préparation de peinture Durée :  🞏 Application de peinture Durée :  🞏 Masquage Durée :  🞏 Décorations Durée :  🞏 Retouches Durée :  🞏 Autre, précisez : Durée :  SI AJUSTEUR MONTEUR  🞏 Tournage – Fraisage, mortaisage Durée  🞏 Soudage, brasage Durée  🞏 Ponçage Durée  🞏 Perçage, sciage, ébavurage Durée  🞏 Retouches peinture Durée  🞏 Autre, précisez : Durée :  SI MÉCANICIEN  🞏 Ponçage Durée  🞏 Perçage, sciage, ébavurage Durée  🞏 Retouches peinture Durée  🞏 Autre, précisez : Durée :  SI TECHNICIEN DE SURFACE  🞏 Ponçage Durée  🞏 Chromage Durée  **Produit(s)utilisés**, quantité, durée de manipulation, à détailler le plus possible : nature chimique= type de chromate (composé du chrome) ou à défaut nom commercial précis, type de peinture ou produit contenant du chrome.  Horaire de travail : Début de poste : ….h…. Fin de poste : ….h….  Horaire de la tâche exposante : Début de tâche : ….h…. Fin de tâche : ….h….  Type d’exposition : 🞏 habituelle 🞏 Non habituelle 🞏 Accidentelle |
| **Moyens de protection collective utilisés le jour du prélèvement** |
| Protection collective : 🞏 Oui 🞏 Non  Type de protection :  🞏 Aspiration, extraction, ventilation générale  🞏 Cabine, machine capotée, rideau d’eau ou d’air  🞏 Aspiration à la source  🞏 Sorbonne, hotte, boite à gants  Vérification récente de son efficacité : 🞏 Oui 🞏 Non |
| **Moyens de protection individuelle utilisés le jour du prélèvement** |
| **Masque respiratoire** : 🞏 Oui 🞏 Non État : 🞏 Neuf 🞏 Usagé  Type du masque : 🞏 Ventilation libre 🞏 Ventilation assistée 🞏 Isolant (adduction d’air)  Type du filtre anti-poussière : 🞏 P1 ou FFP1 🞏 P2 ou FFP2 🞏 P3 ou FFP3  Type de la cartouche : 🞏 A (marron) 🞏 B (gris) 🞏 E(jaune) 🞏 K(vert)  🞏 1 🞏 2 🞏 3  **Gants** : 🞏 Oui 🞏 Non État : 🞏 Neuf 🞏 Usagé  Type de référence de gants : 🞏 Latex 🞏 Nitrile 🞏 Vinyle 🞏 Néoprène 🞏 Manutention  🞏 ……………………………..  **Vêtement de travail** : 🞏 Oui 🞏 Non Changé ce jour : 🞏 Oui 🞏 Non  Type :…………………………………………………………………… |
| **Activité professionnelle antérieure au jour du prélèvement** |
| Exposition la veille du prélèvement (ou la semaine avant le prélèvement) : 🞏 Oui 🞏 Non  Type d’exposition : 🞏 Habituelle 🞏 Non habituelle 🞏 Accidentelle  Descriptif des tâches exposantes :  Moyens de protection (identiques ou différents du jour de prélèvement) : |