

## ANNEXE 4

### Proposition de fiche de renseignements médico-professionnels

Les exemples suivants sont présentés ci-après :

- **FRMP – Benzène** (AHI 33 – Bordeaux)
- **FRMP – Benzo[a]pyrène début de poste** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)
- **FRMP – Benzo[a]pyrène fin de poste, fin de semaine** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)
- **FRMP – Benzo[a]pyrène** (AHI 33 – Bordeaux)
- **FRMP – Cadmium** (AHI 33 – Bordeaux)
- **FRMP – Cadmium urinaire** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)
- **FRMP – Cadmium sanguin** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)
- **FRMP – Chrome** (AHI 33 – Bordeaux)
- **FRMP – Chrome début de semaine** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)
- **FRMP – Chrome soudage fin de semaine, fin de poste** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)
- **FRMP – Isofluarane** (AHI 33 – Bordeaux)
- **FRMP – MDA 4',4' méthylènedianiline** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)
- **FRMP – Mercure** (AHI 33 – Bordeaux)
- **FRMP – Naphtols urinaires fin de poste, fin de semaine** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)
- **FRMP – 1-hydroxypyrene début de poste** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)
- **FRMP – 1-hydroxypyrene fin de poste, fin de semaine** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)
- **FRMP – Plomb** (AHI 33 – Bordeaux)
- **FRMP – Plomb** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)
- **FRMP – SPMA urinaires fin de poste, fin de semaine** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)
- **FRMP – Styrène** (AHI 33 – Bordeaux)
- **FRMP – Styrène** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)
- **FRMP – Toluène** (AHI 33 – Bordeaux)
- **FRMP – Acide méthylhippurique urinaire** (Pôle Santé Travail Métropole Nord – Lille)

Surveillance Biologique de l'Exposition au benzène  
**Fiche de Renseignements Médicaux et Professionnels (FRMP).**  
Description du jour correspondant au prélèvement urinaire

*Fiche confidentielle destinée au dossier médical N° Adhérent AHI :*

Renseignements individuels travailleur exposé	
<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> <b>Féminin</b> <input type="checkbox"/> <b>Masculin</b>	<b>Date de naissance :</b>
Adresse :	
<b>Tabagisme :</b> <input type="checkbox"/> Fumeur <u>Nombre de cigarettes fumées la veille :</u> <input type="checkbox"/> Non-Fumeur	
<u>Nombre de cigarettes fumées depuis le matin :</u>	
<u>Répartition des cigarettes dans la journée de travail :</u>	
Exposition extra-professionnelle :	
Atelier :	
Poste de travail :	
Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail :	
Prescripteur de la surveillance biologique	
Médecin du Travail :	
Centre médical :	
Identification du Préleveur de l'échantillon	
Infirmière :	
Entreprise du lieu d'exposition	
Nom de l'entreprise :	
Adresse :	
Nom du responsable :	Tel :
Type d'analyse à effectuer	
Dosage à réaliser sur l'échantillon :      Benzène urinaire	
<i>Cocher si refus du salarié de réaliser le prélèvement :</i> <input type="checkbox"/>	
Recueil et transport de l'échantillon	
<b>Date du prélèvement :</b>	
Horaire de travail du jour :	

Heure du prélèvement en Début de poste : \_\_\_\_\_ et en Fin de poste : \_\_\_\_\_

**Activité professionnelle le jour du prélèvement**

Description et durée des tâches effectuées et exposantes au benzène (supercarburants) :

Autres produit(s) utilisé(s) : nature chimique ou à défaut nom commercial, quantité, durée de manipulation, description et horaires :

C'est  Habituel  Non habituel  Accidentel

**Moyens de protection collective utilisés le jour du prélèvement**

Protection collective :  OUI  NON

Type de protection :  Ventilation naturelle (portes ouvertes...)  
 Cabine, machine capotée, rideau d'eau ou d'air  
 Aspiration à la source  Sorbonne, hotte

Vérification récente de son efficacité (< 1 an) :  OUI  NON

**Moyens de protection individuelle utilisés le jour du prélèvement**

Port d'un masque respiratoire :  OUI  NON

Etat :  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

Port de gants :  OUI  NON

Etat :  Neuf  Usagé

Type ou référence des gants :  Latex  Nitrile  Vinyle  Néoprène

Manutention  autre  :

Etat des mains : bon, propre  moyen, sec, irrité  mauvais, sale, fissuré

Vêtement de travail :  OUI  NON

Changé ce jour :  OUI  NON

Type :

**Activité professionnelle antérieure au jour de prélèvement**

Exposition identique la veille du prélèvement  OUI  NON

Exposition identique toute la semaine, même poste de travail  OUI  NON

**3-OH benzo[a]pyrène / Début de poste**  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PROFESSIONNELS (FRMP)**  
Adaptée du modèle proposé dans le document TM37 de l'INRS

**Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :**

**Type d'analyse à effectuer**

IBE à analyser : 3-OH benzo[a]pyrène .....  
Milieu biologique collecté : Urines  
Agent chimique concerné : Benzo[a]pyrène (HAP).....

**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 : Pôle Santé Travail Métropole Nord .....  
Adresse : 199/201 Rue Colbert – Bâtiment Douai – CS 71365 – 59014 LILLE Cedex.....  
Téléphone : 03/20/12/83/00  
E-mail : .....@ .....  
Date de la prescription : ...../...../.....

**Identification du Préleveur de l'échantillon**

Nom du préleveur : .....  
Qualité du préleveur : .....  
Téléphone : ...../...../...../...../.....  
E-mail : .....@.....

**Recueil et transport de l'échantillon**

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....  
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 : .....

**Renseignements individuels**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : ...../...../...../  
Nom et adresse de l'employeur actuel : .....  
Tabagisme :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur  
Nombre de cigarettes fumées dans les 24 heures avant le prélèvement :  
Dernière cigarette fumée avant le prélèvement :

Consommation de produits végétaux fumés de nature diverse :  Oui  Non  
Barbecue dans les 24 heures précédant le prélèvement :  Oui  Non  
Utilisation d'encens dans les 24 heures précédant le prélèvement :  Oui  Non  
Médicaments : crème, shampoing au goudron :  Oui  Non

Nature du poste de travail : .....

**3-OH benzo[a]pyrène / Fin de poste Fin de semaine**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PROFESSIONNELS (FRMP)**

Adaptée du modèle proposé dans le document TM37 de l'INRS

**Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :**

**Type d'analyse à effectuer**

IBE à analyser : 3-OH benzo[a]pyrène .....

Milieu biologique collecté : Urines

Agent chimique concerné : Benzo[a]pyrène (HAP).....

**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 : Pôle Santé Travail Métropole Nord .....

Adresse : 199/201 Rue Colbert – Bâtiment Douai – CS 71365 – 59014 LILLE Cedex.....

Téléphone : 03/20/12/83/00

E-mail : .....@ .....

Date de la prescription : ...../...../.....

**Identification du Préleveur de l'échantillon**

Nom du préleveur : .....

Qualité du préleveur : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

E-mail : .....@.....

**Recueil et transport de l'échantillon**

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....

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 : .....

**Renseignements individuels**

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Date de naissance : ...../...../...../

Nom et adresse de l'employeur actuel : .....

Tabagisme :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur

Nombre de cigarettes fumées dans les 24 heures avant le prélèvement :

Dernière cigarette fumée avant le prélèvement :

Consommation de produits végétaux fumés de nature diverse :  Oui  Non

Barbecue dans les 24 heures précédant le prélèvement :  Oui  Non

Utilisation d'encens dans les 24 heures précédant le prélèvement :  Oui  Non

Médicaments : crème, shampoing au goudron :  Oui  Non

Nature du poste de travail : .....

**VOLET A REMPLIR PAR L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE**

**Activité professionnelle le jour du prélèvement**

Description et durée des tâches effectuées : .....  
.....  
.....

Produit(s) utilisé(s) (nature chimique ou à défaut nom commercial précis, quantité, durée de manipulation) :  
.....  
.....  
.....

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, boîte 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 ou référence des gants :  Latex  Nitrile  Vinyle  Néoprène  Manutention  
 .....

Vêtement de travail :  Oui  Non Changé ce jour :  Oui  Non

Type : .....

**Activité professionnelle antérieure au jour de prélèvement**

Exposition la veille du prélèvement (ou la semaine avant le prélèvement) :  Oui  Non

Type d'exposition :  Habituelle  Non habituelle  Accidentelle

Descriptifs des tâches exposantes : .....  
.....

Moyens de protection (identiques ou différents du jour de prélèvement) : .....  
.....  
.....

Surveillance Biologique de l'Exposition Professionnelle au benzo[a]pyrène  
**Fiche de Renseignements Médicaux et Professionnels (FRMP).**

*Fiche confidentielle destinée au dossier médical. N° Adhérent AHI : 36008*

**Entreprise : XTRAFORT**

**Date :**

**Médecin du travail :**

**Infirmière ou assistante AHI 33 :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe : M  F**

**Date de naissance :**

**Tabac (hors vapotage) : non  oui**

**Adresse :**

**Dosage à réaliser : 3 OH-Benzo[a]pyrène urinaire**

*Refus du salarié de réaliser le prélèvement urinaire :*

Horaire de travail et planning sur la semaine :

**Dates et heures** des prélèvements urinaires :

Lundi matin (après un WE de repos) :

Barbecues le WE : non  oui

Mardi matin (avant le poste) :

Vendredi :

Poste de travail :

Description de l'activité de l'opérateur et en particulier des phases les plus exposantes aux produits noirs, suies, notion de pénibilité, **contacts cutanés**...et leurs durées, par jour et tout au long de la semaine :

Est-ce votre 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> ou 5<sup>ème</sup> jour de travail d'affilée au même poste ?

Autres agents chimiques :

Durée d'exposition et quantité ?

Port de protection respiratoire :    oui                                        non                                        +/-   

Si oui :            FFP1     FFP2     FFP3                                     masques à cartouche A     ou type :

Port de gants:                                    oui                                        non                                        +/-   

Si oui :            état bon ou neuf                                        état usagé   

Usage unique :                                    oui                                        non   

Matière des gants (à noter si c'est accessibles facilement) :

Latex     Vinyle     Nitrile     Néoprène     Cuir     Tissu     Autre :

**Etat des mains** :            bon, propre                                     moyen, sec, irrité                                     mauvais, sale

Vêtement de travail :            oui                                        non   

Protection collective (*voir schémas de protection collective dans la base documentaire*) :

Captage à la source, enveloppant                                      
Captage simple non enveloppant                                      
Cabine ventilée                                      
Ventilation active VMC du local dans son ensemble                                      
Portes ouvertes ou aucun équipement de ventilation générale                                      
Extérieur                                   

Informations complémentaires : incidents techniques ou lors du nettoyage du poste ou de l'atelier, commentaires de l'opérateur :



Surveillance Biologique de l'Exposition Professionnelle au **cadmium**  
**Fiche de renseignements médico-professionnels (FRMP).**  
Description de l'activité habituelle

*Fiche confidentielle destinée au dossier médical. N° Adhérent AHI :*

**Entreprise :**

**Date :**

**Médecin du travail : Dr**

**Centre médical :**

**Infirmière AHI 33 (Préleveur) :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe : M  F**

**Date de naissance :**

**Tabac (hors vapotage) : non  oui**

Nombre de cigarettes depuis ce matin :

**Adresse :**

**Tel :**

**Dosage à réaliser : cadmium urinaire**

*Refus du salarié de réaliser le prélèvement urinaire :*

**Atelier ou poste de travail :**

**Horaire de travail :**

**Conditions de prélèvement :**

A domicile le matin avant l'embauche

***Le prélèvement urinaire est apporté à l'entreprise.***

**Sinon : Au centre AHI  Laboratoire de ville**

**Vêtement de ville  Vêtements de travail  Mains lavées  Douche**

**Description de toutes les activités habituellement réalisées avec leur durée approximative :**

Exposition habituelle et quotidienne :                    oui                       non                       +/-  

Ancienneté dans ce métier ou depuis combien de temps êtes-vous exposé au cadmium ?

Repas de midi ? Pauses ? : Évaluation de la contamination par voie digestive :

Port de protection respiratoire :                    oui                       non                       +/-  

Si oui :                    FFP1     FFP2     FFP3                     masques à cartouche A     ou type :

Port de gants :                    oui                       non                       +/-  

**Si oui** :                    Usage unique :                    oui                       non  

Matière des gants (à noter si c'est accessibles facilement) :

Latex     Vinyle     Nitrile     Néoprène     Cuir     Tissu     Autre :

**Etat des mains** :                    bon, propre                     moyen, sec, irrité                     mauvais, sale

Vêtement de travail :                    oui                       non  

Protection collective (*voir schémas de protection collective dans la base documentaire*) :

Captage à la source, enveloppant                      
Captage simple non enveloppant                      
Cabine ventilée                      
Ventilation active VMC du local dans son ensemble                      
Portes ouvertes ou aucun équipement de ventilation générale                      
Extérieur                   

Commentaires :

## CADMIUM

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PROFESSIONNELS (FRMP)

Adaptée du modèle proposé dans le document TM37 de l'INRS

#### Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :

##### Type d'analyse à effectuer

IBE à analyser : Cadmiumurie corrigée pour la créatinine.....

Milieu biologique collecté : Urine.....

Agent chimique concerné Cadmium.....

##### 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 :

.....@.....

##### Recueil et transport de l'échantillon

ATTENTION LE BOUCHON DU FLACON UTILISE NE DOIT PAS CONTENIR DE CADMIUM

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....

Date d'envoi au laboratoire : ...../...../.....

Moment de prélèvement dans la journée :  avant la prise de poste  fin de poste

Moment de prélèvement dans la semaine :  lundi  milieu de semaine  Fin de semaine

Douche avant le prélèvement :  OUI  NON Salarié prélevé en tenue de travail :  OUI  NON

Lieu du prélèvement (laboratoire, entreprise, chantier...) : .....

Mode de stockage à 4°C :  OUI  NON

Mode de transport : .....

##### Renseignements individuels

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Date de naissance : ...../...../...../

Nom et adresse de l'employeur actuel : .....

Tabagisme :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur (arrêt depuis au moins 1 an)

Nombre de cigarettes fumées dans les 12 heures avant le prélèvement :

## Recherche d'une exposition extra-professionnelle

**Loisirs :**  Céramique, poterie, émaux, étain décoratif  Soudure, découpage au chalumeau  Peintures, vernis, encres, colorants  Manipulation de métaux

Manipulation d'engrais phosphatés

### Mode de vie :

Lieux d'habitation à proximité d'un site industriel pollué par le cadmium  OUI  NON

(Usines fabriquant des batteries au Ni/Cd ; anciennes fonderies de Zinc ; épandage de boues résiduelles des stations d'épuration)

Onychophagie  OUI  NON

### Alimentation :

Consommation d'abats plus de trois fois par mois  OUI  NON

Consommation de coquillages et crustacés plus de trois fois par mois  OUI  NON

Consommation de poisson plus d'une fois/semaine  OUI  NON

Consommation de céréales (pain, biscottes ou céréales du petit déjeuner) plus d'une fois/semaine

OUI  NON

Consommation de pommes de terre plus d'une fois par semaine  OUI  NON

Consommation de fruits et légumes en g/jour :

Consommation d'eau du robinet  OUI  NON

Conservation des aliments/boissons en particulier acides dans contenants émaillés  OUI  NON

Consommation régulière de vin :  OUI  NON

## CADMIUM

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PROFESSIONNELS (FRMP)

Adaptée du modèle proposé dans le document TM37 de l'INRS

#### Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :

##### Type d'analyse à effectuer

IBE à analyser : Cadmium sanguin.....  
Milieu biologique collecté : Sang.....  
Agent chimique concerné Cadmium.....

##### 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 :  
.....@.....

##### Recueil et transport de l'échantillon

ATTENTION LE MATERIEL DE PRELEVEMENT UTILISE NE DOIT PAS CONTENIR DE CADMIUM

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....

Date d'envoi au laboratoire : ...../...../.....

Moment de prélèvement dans la journée :  avant la prise de poste  fin de poste

Moment de prélèvement dans la semaine :  lundi  milieu de semaine  Fin de semaine

Douche avant le prélèvement :  OUI  NON Salarié prélevé en tenue de travail :  OUI  NON

Lieu du prélèvement (laboratoire, entreprise, chantier...) : .....

Mode de stockage à 4°C :  OUI  NON

Mode de transport : .....

##### Renseignements individuels

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Date de naissance : ...../...../...../

Nom et adresse de l'employeur actuel : .....

Tabagisme :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur (arrêt depuis au moins 1 an)

Nombre de cigarettes fumées dans les 12 heures avant le prélèvement :

Tabagisme passif :  OUI  NON

Alimentation au poste de travail :  OUI  NON

Chewing gum au poste de travail ?  OUI  NON

Nature du poste de travail : .....

Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail ou aux travaux exposant au cadmium :

.....

Procédé de travail : .....

## Recherche d'une exposition extra-professionnelle

**Loisirs :**  Céramique, poterie, émaux, étain décoratif  Soudure, découpage au chalumeau  Peintures, vernis, encres, colorants  Manipulation de métaux  
 Manipulation d'engrais phosphatés

### **Mode de vie :**

Lieux d'habitation à proximité d'un site industriel pollué par le cadmium  OUI  NON

(Usines fabriquant des batteries au Ni/Cd ; anciennes fonderies de Zinc ; épandage de boues résiduelles des stations d'épuration)

Onychophagie  OUI  NON

### **Alimentation :**

Consommation d'abats plus de trois fois par mois  OUI  NON

Consommation de coquillages et crustacés plus de trois fois par mois  OUI  NON

Consommation de poisson plus d'une fois/semaine  OUI  NON

Consommation de céréales (pain, biscottes ou céréales du petit déjeuner) plus d'une fois/semaine  
 OUI  NON

Consommation de pommes de terre plus d'une fois par semaine  OUI  NON

Consommation de fruits et légumes en g/jour :

Consommation d'eau du robinet  OUI  NON

Conservation des aliments/boissons en particulier acides dans contenants émaillés  OUI  NON

Consommation régulière de vin :  OUI  NON

**Activité professionnelle le jour du prélèvement**

Description et durée des tâches effectuées : .....  
.....  
.....

Produit(s) utilisé(s) (nature chimique ou à défaut nom commercial précis, quantité, durée et fréquence de manipulation) :  
.....  
.....

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

**Modalités de travail**

**Véhicule professionnel** : séparation de la cabine conducteur et de l'espace chargement  Oui  Non

Conduite du véhicule :  en vêtements de ville  En vêtements de travail

Nettoyage du véhicule professionnel :

- par qui.....,
- comment .....,
- à quelle fréquence.....

Récupération et transport des éléments contenant du cadmium dans le véhicule (canalisation, ...) :  Oui  Non

**Lavage des mains** :  sur le chantier  autre **Douche sur le chantier** :  Oui  Non

Comment ? .....

**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, boîte 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

Fréquence de changement du masque : .....

Entretien et mode de conservation du masque : .....

Type de la cartouche :  A (marron)  B (gris)  E (jaune)  K (vert)  
 1  2  3

**Gants** :  Oui  Non État :  Neuf  Usagé

Type ou référence des gants :  Latex  Nitrile  Vinyle  Néoprène  Manutention  
 Autre.....

**Vêtement de travail** :  Oui  Non Changé ce jour :  Oui  Non

Type : .....

Combinaison jetable :  Oui  Non

Nettoyage des vêtements de travail : - par qui ? .....

- fréquence ? .....

Vestiaire séparé permettant de séparer les vêtements de ville des vêtements de travail :  Oui  Non

**Activité professionnelle antérieure au jour de prélèvement**

Exposition la veille du prélèvement (ou la semaine avant le prélèvement) :  Oui  Non

Type d'exposition :  Habituelle  Non habituelle  Accidentelle

Descriptifs des tâches exposantes : .....

Moyens de protection (identiques ou différents du jour de prélèvement) : .....

Activité antérieure de brasage fort à l'argent  Oui  Non

Activité antérieure de plombier/gazier agréé GDF, frigoriste  Oui  Non

Avez-vous déjà eu des dosages de cadmium sanguin auparavant ?  Oui  Non

En connaissez-vous les résultats (valeurs) ?  Oui  Non



*Fiche confidentielle destinée au dossier médical. N° Adhérent AHI :*

**Entreprise :**

**Date :**

**Médecin du travail : Dr**

**Centre médical :**

**Infirmière AHI 33 (Préleveur) :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe : M  F**

**Date de naissance:**

**Tabac (hors vapotage): non  oui**

Nombre de cigarettes depuis ce matin :

**Adresse :**

**Tel :**

**Dosage à réaliser sur l'échantillon : chrome urinaire**

*Refus du salarié de réaliser le prélèvement urinaire :*

**Atelier ou poste de travail :**

**Conditions de prélèvement :** A domicile le soir après le travail

***Le prélèvement urinaire est rapporté le lendemain matin à l'entreprise.***

**Sinon :** Au centre AHI  Laboratoire de ville

**Vêtement de ville  Vêtements de travail  Mains lavées  Douche**

**Description de toutes les activités réalisées le jour du prélèvement urinaire avec leur durée approximative : Exemple : 3 Heures de soudage type...**

**Si soudage indiquer la méthode :**

**Exposition habituelle et quotidienne :** oui  non  +/-

**Ancienneté (en année) dans ce type de poste :**

**Port de protection respiratoire : oui  non  +/-**   
**Si oui :** FFP1  FFP2  FFP3  masques à cartouche A  ou type :

Port de gants :

oui

non

+/-

**Si oui :**

Usage unique :

oui

non

Matière des gants (à noter si c'est accessibles facilement) :

Latex

Vinyle

Nitrile

Néoprène

Cuir

Tissu

Autre :

**Etat des mains :**

bon, propre

moyen, sec, irrité

mauvais, sale

Vêtement de travail :

oui

non

Protection collective (*voir schémas de protection collective dans la base documentaire*) :

Captage à la source, enveloppant

Captage simple non enveloppant

Cabine ventilée

Ventilation active VMC du local dans son ensemble

Portes ouvertes ou aucun équipement de ventilation générale

Extérieur

Commentaires :

**CHROME DEBUT DE SEMAINE DEBUT DE POSTE**  
**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PROFESSIONNELS**

**Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :**

**Type d'analyse à effectuer**

IBE à analyser : Chromurie

Milieu biologique collecté : Urine

Agent chimique concerné : Chrome

**Entreprise du lieu d'exposition**

Nom de l'entreprise : .....

Adresse : .....

**Prescripteur de la surveillance biologique**

Nom du Médecin du Travail (ou numéro d'identifiant unique) : .....

Nom du Service de Santé au Travail : .....

Adresse : .....

**Identification du Préleveur de l'échantillon**

Nom du préleveur : .....

Qualité du préleveur : .....

**Recueil et transport de l'échantillon**

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....

Date d'envoi au laboratoire : ...../...../.....

Moment de prélèvement dans la journée :  avant la prise de poste  fin de poste

Moment de prélèvement dans la semaine :  lundi  milieu de semaine  Fin de semaine

Douche avant le prélèvement :  OUI  NON Salarié prélevé en tenue de travail :  OUI  NON

Lieu du prélèvement (laboratoire, entreprise, chantier...) : .....

Mode de stockage :  Température ambiante  4°C  -18°C.....

Mode de transport : .....

**Renseignements individuels**

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Date de naissance : ...../...../...../

Nom et adresse de l'employeur actuel : .....

Tabagisme :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur (arrêt depuis au moins 1 an)

Nombre de cigarettes fumées dans les 24 heures avant le prélèvement :

**Recherche d'une exposition extra-professionnelle**

Etes-vous porteur de prothèse métallique ou de matériel d'ostéosynthèse (plaque, vis...) ?  OUI  NON

**Mode de vie :** Onychophagie  OUI  NON

Consommation d'herbes médicinales chinoises (si oui, préciser) :  OUI  NON

**Alimentation :**

Forte consommation de fruits de mer (plus d'une fois/semaine)  OUI  NON

Consommation quotidienne de bière et cidre  OUI  NON

**CHROME (SOUDAGE) FIN DE SEMAINE FIN DE POSTE**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PROFESSIONNELS**

**Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :**

**Type d'analyse à effectuer**

IBE à analyser : Chromurie

Milieu biologique collecté : Urine

Agent chimique concerné : Chrome

**Entreprise du lieu d'exposition**

Nom de l'entreprise : .....

Nom du responsable : .....

Adresse : .....

**Prescripteur de la surveillance biologique**

Nom du Médecin du Travail (ou numéro d'identifiant unique) : .....

Nom du Service de Santé au Travail : .....

**Identification du Préleveur de l'échantillon**

Nom du préleveur : .....

Qualité du préleveur : .....

**Recueil et transport de l'échantillon**

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....

Date d'envoi au laboratoire : ...../...../.....

Moment de prélèvement dans la journée :  avant la prise de poste  fin de poste

Moment de prélèvement dans la semaine :  lundi  milieu de semaine  Fin de semaine

Douche avant le prélèvement :  OUI  NON Salarié prélevé en tenue de travail :  OUI  NON

Lieu du prélèvement (laboratoire, entreprise, chantier...) : .....

Mode de stockage :  Température ambiante  4°C  -18°C.....

Mode de transport : .....

**Renseignements individuels**

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Date de naissance : ...../...../...../

Nom et adresse de l'employeur actuel : .....

Tabagisme :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur (arrêt depuis au moins 1 an)

Nombre de cigarettes fumées dans les 2 heures avant le prélèvement :

Alimentation au poste de travail :  OUI  NON

Chewing-gum au poste de travail ?  OUI  NON

Nature du poste de travail : .....

Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail ou aux travaux exposant au chrome :

.....



Exposition la veille du prélèvement :  Oui  Non

Descriptifs des tâches exposantes : .....

.....

Type d'exposition :  Habituelle  Non habituelle  Accidentelle

Moyens de protection (identiques ou différents du jour de prélèvement) : .....

.....

.....

Surveillance Biologique de l'Exposition à l'**Isoflurane**  
**Fiche de Renseignements Médicaux et Professionnels (FRMP).**  
Description du jour correspondant au prélèvement urinaire

*Fiche confidentielle destinée au dossier médical N° Adhérent AHI :*

Type d'analyse à effectuer	
Dosage à réaliser sur l'échantillon :	<b>Isoflurane urinaire</b>
Refus du salarié de réaliser le prélèvement :	<input type="checkbox"/>
Entreprise du lieu d'exposition	
Nom de l'entreprise :	
Adresse :	
Nom du responsable :	
Téléphone :	
Renseignements individuels du travailleur	
Nom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance :
Adresse :	
Nature du poste de travail :	
Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail :	
Prescripteur de la surveillance biologique	
Nom du Médecin du Travail :	

Centre médical :

Identification du Préleveur de l'échantillon

Nom et qualité du préleveur (IDEST) :

Recueil et transport de l'échantillon

Date de l'étude de poste et de remplissage de cette FRMP :

**Date du prélèvement :**

**Heure du prélèvement :**

**Moment des 2 prélèvements :** voir les consignes (**dans la ½ heure qui suit la fin d'exposition**)

Mode de stockage : 4°C **Bien remplir les flacons**

Activité professionnelle le jour du prélèvement

Description et durée des tâches effectuées et exposantes (ex : matinée opératoire) :

Horaire de travail :

Horaire de la tâche exposante, début et fin :

Type d'exposition :  Habituelle  Non habituelle  Accidentelle

**Autres Produit(s) utilisé(s)** (nature chimique ou à défaut nom commercial précis, quantité, durée de manipulation) : exemple Protoxyde d'azote...



Moyens de protection collective utilisés le jour du prélèvement

Protection collective :  OUI  NON

Type de protection :  Ventilation naturelle (portes ouvertes...)

Ventilation mécanique du bloc

Aspiration à la source  Sorbonne, hotte

Vérification récente de son efficacité ( < d'1 an) :  OUI  NON

Moyens de protection individuelle utilisés le jour du prélèvement

Port d'un masque respiratoire :  OUI  NON

Etat :  Neuf  Usagé

Type du masque :  Ventilation libre  Ventilation assistée  Chirurgical

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

Port de gants :  OUI  NON

Etat :  Neuf  Usagé

Type ou référence des gants :  Latex  Nitrile  Vinyle  Néoprène

autre  :

Etat des mains : bon, propre  moyen, sec, irrité  mauvais, sale, fissuré

## MDA (4,4' méthylènedianiline)

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PROFESSIONNELS (FRMP)

Adaptée du modèle proposé dans le document TM37 de l'INRS

#### Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :

##### Type d'analyse à effectuer

IBE à analyser : MDA  
Milieu biologique collecté : Urines  
Agent chimique concerné : MDI (4, 4' diisocyanate de diphenylméthane)

##### 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 : .....@.....

##### Recueil et transport de l'échantillon

*Le prélèvement doit être recueilli dans un flacon contenant un conservateur (acide sulfamique) (se rapprocher du laboratoire) et conservé à 4°C (conservation jusqu'à une semaine).*

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....  
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  
Mode de stockage :  Température ambiante  4°C  -18°C  .....

##### Renseignements individuels

Nom : .....  
Prénom : .....  
Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : ...../...../...../  
Nom et adresse de l'employeur actuel : .....  
Tabagisme :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur  
Nombre de cigarettes fumées dans les 24 heures avant le prélèvement :  
Alimentation au poste de travail :  OUI  NON  
Exposition extra-professionnelles (alimentation, médicament, dispositifs médicaux, loisirs...) :  
Activités de bricolage avec utilisation de mousse d'isolation, de vernis :  OUI  NON  
Nature du poste de travail : .....

Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail : .....

Procédé de travail :

- manuel       semi-automatisé       automatisé  
 ouvert       fermé

Pulvérisation :  OUI  NON

Le produit est-il chauffé :  OUI  NON      Si oui, à quelle température ?.....

## VOLET A REMPLIR PAR L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

### Activité professionnelle le jour du prélèvement

Description, durée et fréquence des principales tâches effectuées : .....

.....

.....Tâches complémentaires (approvisionnement, entretien, nettoyage, maintenance...) :

.....

Produit(s) utilisé(s) (nature chimique ou à défaut nom commercial précis, quantité, durée de manipulation) :

.....

.....

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 :  Ventilation générale naturelle  Ventilation générale mécanique

Cabine, machine capotée       Aspiration à la source       Hotte

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 ou référence des gants :       Latex  Nitrile  Vinyle  Néoprène  Manutention

Autre.....

Vêtement de travail :  Oui  Non       Manches longues       Manches courtes

Type : .....

Combinaison jetable :  Oui  Non

Changé ce jour :  Oui  Non

**Activité professionnelle antérieure au jour de prélèvement**

Exposition les jours précédents :  Oui  Non      Si oui, précisez : .....

Type d'exposition :  Habituelle  Non habituelle  Accidentelle

Descriptifs des tâches exposantes : .....

Moyens de protection (identiques ou différents du jour de prélèvement) : .....

.....

Surveillance Biologique de l'Exposition Professionnelle au **mercure**  
**Fiche de renseignements médico-professionnels (FRMP).**  
Description de l'activité habituelle

*Fiche confidentielle destinée au dossier médical. N° Adhérent AHI :*

**Entreprise :**

**Date :**

**Médecin du travail : Dr**

**Centre médical :**

**Infirmière AHI :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe : M  F**

**Date de naissance:**

**Tabac (hors vapotage): non  oui**

Nombre de cigarettes depuis ce matin :

**Adresse :**

**Tel :**

**Dosage à réaliser sur l'échantillon :**

**Mercure inorganique total urinaire.**

*Refus du salarié de réaliser le prélèvement urinaire :*

**Atelier ou poste de travail :**

Présence effective au travail depuis trois mois : congés, arrêt maladie, chômage, poste sans mercure... ?

Soins récents dentaires sur amalgames, quand approximativement ?

Consommation importante et régulière de poissons (plus de deux fois par semaine) ?

**Conditions de prélèvement :** A domicile le matin avant l'embauche et le prélèvement urinaire est apporté à l'entreprise :

A l'embauche avant de pénétrer dans l'atelier :

**Description de toutes les activités habituelles avec du mercure avec leur durée approximative :**

Exposition habituelle et quotidienne :                    oui                       non                       +/-  

Ancienneté de l'exposition :

Port de protection respiratoire :                    oui                       non                       +/-  

Si oui :                    FFP1    FFP2    FFP3                     masques à cartouche A    ou type :

Port de gants :                    oui                       non                       +/-  

**Si oui** :                    Usage unique :                    oui                       non  

Matière des gants (à noter si c'est accessibles facilement) :

Latex    Vinyle    Nitrile    Néoprène    Cuir    Tissu    Autre :

**Etat des mains** :                    bon, propre                     moyen, sec, irrité                     mauvais, sale

Vêtement de travail :                    oui                       non  

Entretien par :                    entreprise                     le salarié

Protection collective (*voir schémas de protection collective dans la base documentaire*) :

- Captage à la source, enveloppant
- Captage simple non enveloppant
- Cabine ventilée
- Ventilation active VMC du local dans son ensemble
- Portes ouvertes ou aucun équipement de ventilation générale
- Extérieur

Commentaires :

## NAPHTOLS URINAIRES (1- et 2-) / Fin de poste Fin de semaine

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PROFESSIONNELS (FRMP)

Adaptée du modèle proposé dans le document TM37 de l'INRS

#### Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :

##### Type d'analyse à effectuer

IBE à analyser : Naphtols (1- et 2-) .....  
Milieu biologique collecté : Urines  
Agent chimique concerné : Naphtalène.....

##### 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 : .....@.....

##### Recueil et transport de l'échantillon

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....  
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 : .....

##### Renseignements individuels

Nom : .....  
Prénom : .....  
Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : ...../...../...../  
Nom et adresse de l'employeur actuel : .....  
**Tabagisme** :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur  
**Nombre de cigarettes fumées dans les 24 heures avant le prélèvement :**  
**Consommation de produits végétaux fumés de nature diverse :**  
Alimentation au poste de travail :  OUI  NON  
Nature du poste de travail : .....  
Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail : .....  
Procédé de travail : .....

**VOLET A REMPLIR PAR L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE**

**Activité professionnelle le jour du prélèvement**

Description et durée des tâches effectuées : .....  
.....  
.....  
Produit(s) utilisé(s) (nature chimique ou à défaut nom commercial précis, quantité, durée de manipulation) :  
.....  
.....  
.....

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, boîte 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 ou référence des gants :  Latex  Nitrile  Vinyle  Néoprène  Manutention  
 .....

Vêtement de travail :  Oui  Non Changé ce jour :  Oui  Non

Type : .....

**Activité professionnelle antérieure au jour de prélèvement**

Exposition la veille du prélèvement (ou la semaine avant le prélèvement) :  Oui  Non

Type d'exposition :  Habituelle  Non habituelle  Accidentelle

Descriptifs des tâches exposantes : .....  
.....  
Moyens de protection (identiques ou différents du jour de prélèvement) : .....  
.....  
.....



## 1-Hydroxypyrrène / Début de poste

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PROFESSIONNELS (FRMP)

Adaptée du modèle proposé dans le document TM37 de l'INRS

#### Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :

##### Type d'analyse à effectuer

IBE à analyser : 1-Hydroxypyrrène .....  
Milieu biologique collecté : Urines  
Agent chimique concerné : Pyrène (HAP).....

##### 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 : Pôle Santé Travail Métropole Nord .....  
Adresse : 199/201 Rue Colbert – Bâtiment Douai – CS 71365 – 59014 LILLE Cedex.....  
Téléphone : 03/20/12/83/00  
E-mail : .....@ .....  
Date de la prescription : ...../...../.....

##### Identification du Préleveur de l'échantillon

Nom du préleveur : .....  
Qualité du préleveur : .....  
Téléphone : ...../...../...../...../.....  
E-mail : .....@.....

##### Recueil et transport de l'échantillon

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....  
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 : .....

##### Renseignements individuels

Nom : .....  
Prénom : .....  
Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : ...../...../...../  
Nom et adresse de l'employeur actuel : .....  
Tabagisme :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur  
Nombre de cigarettes fumées dans les 24 heures avant le prélèvement :  
Dernière cigarette fumée avant le prélèvement :

Consommation de produits végétaux fumés de nature diverse :  Oui  Non  
Barbecue dans les 24 heures précédant le prélèvement :  Oui  Non  
Utilisation d'encens dans les 24 heures précédant le prélèvement :  Oui  Non  
Médicaments : crème, shampoing au goudron :  Oui  Non

Nature du poste de travail : .....

Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail : .....

**1-Hydroxypyrrène / Fin de poste Fin de semaine**

**FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PROFESSIONNELS (FRMP)**

Adaptée du modèle proposé dans le document TM37 de l'INRS

**Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :**

**Type d'analyse à effectuer**

IBE à analyser : 1-Hydroxypyrrène .....

Milieu biologique collecté : Urines

Agent chimique concerné : Pyrène (HAP).....

**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 : Pôle Santé Travail Métropole Nord .....

Adresse : 199/201 Rue Colbert – Bâtiment Douai – CS 71365 – 59014 LILLE Cedex.....

Téléphone : 03/20/12/83/00

E-mail : .....@ .....

Date de la prescription : ...../...../.....

**Identification du Préleveur de l'échantillon**

Nom du préleveur : .....

Qualité du préleveur : .....

Téléphone : ...../...../...../...../.....

E-mail : .....@ .....

**Recueil et transport de l'échantillon**

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....

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 : .....

**Renseignements individuels**

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Date de naissance : ...../...../...../

Nom et adresse de l'employeur actuel : .....

Tabagisme :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur

Nombre de cigarettes fumées dans les 24 heures avant le prélèvement :

Dernière cigarette fumée avant le prélèvement :

Consommation de produits végétaux fumés de nature diverse :  Oui  Non

Barbecue dans les 24 heures précédant le prélèvement :  Oui  Non

Utilisation d'encens dans les 24 heures précédant le prélèvement :  Oui  Non

Médicaments : crème, shampoing au goudron :  Oui  Non

Nature du poste de travail : .....

Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail : .....

## VOLET A REMPLIR PAR L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

### Activité professionnelle le jour du prélèvement

Description et durée des tâches effectuées : .....

.....

.....

Produit(s) utilisé(s) (nature chimique ou à défaut nom commercial précis, quantité, durée de manipulation) :

.....

.....

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, boîte 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 ou référence des gants :  Latex  Nitrile  Vinyle  Néoprène  Manutention

.....

Vêtement de travail :  Oui  Non

Changé ce jour :  Oui  Non

Type : .....

### Activité professionnelle antérieure au jour de prélèvement

Exposition la veille du prélèvement (ou la semaine avant le prélèvement) :  Oui  Non

Type d'exposition :  Habituelle  Non habituelle  Accidentelle

Descriptifs des tâches exposantes : .....

.....

Moyens de protection (identiques ou différents du jour de prélèvement) : .....

.....

.....

**Surveillance Biologique de l'Exposition au Plomb**  
**Fiche de renseignements médico-professionnels (FRMP).**  
Description de l'activité habituelle

*Fiche confidentielle destinée au dossier médical. N° Adhérent AHI :*

**Entreprise :**

**Date :**

**Médecin du travail :**

**Centre médical :**

**Infirmière AHI :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Sexe :** M  F

**Date de naissance:**

**Tabac (hors vapotage):** non  oui

Nombre de cigarettes depuis ce matin :

**Adresse :**

**Tel :**

**Dosage à réaliser : Plombémie**

*Refus du salarié de réaliser le prélèvement sanguin :*

**Date de début de chantier ou d'affectation au poste exposant :**

**Date et heure du prélèvement sanguin au laboratoire de ville (matin avant l'embauche) :**

**Poste de travail :**

**Présence au travail depuis trois mois : congés, arrêts maladie, chômage, poste sans plomb... ?**

**Description de toutes les activités habituelles exposant au plomb avec leurs durées approximatives :**

Ancienneté dans le métier avec exposition au plomb :

Où est pris le repas de midi (contamination digestive) ?

Pause cigarettes    non                     oui     si oui où ?

Port de protection respiratoire :    oui                     non                     +/-

Si oui :            FFP1     FFP2     FFP3             masques à cartouche A     ou type :

Port de gants:                                    oui                     non                     +/-

**Si oui :**            Usage unique :                                    oui                     non

Matière des gants (à noter si c'est accessibles facilement) :

Latex     Vinyle     Nitrile     Néoprène     Cuir     Tissu     Autre :

**Etat des mains :**    bon, propre                     moyen, sec, irrité                     mauvais, sale

Vêtement de travail :            oui                     non

Entretien des vêtements de travail :            par l'entreprise                     par le salarié

Protection collective (voir schémas de protection collective dans la base documentaire) :

Captage à la source, enveloppant   
Captage simple non enveloppant   
Cabine ventilée   
Ventilation active VMC du local dans son ensemble   
Portes ouvertes ou aucun équipement de ventilation générale   
Extérieur

Commentaires :

## PLOMB

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX ET PROFESSIONNELS (FRMP)

Adaptée du modèle proposé dans le document TM37 de l'INRS

#### Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :

##### Type d'analyse à effectuer

IBE à analyser : Plombémie.....  
Milieu biologique collecté : Sang.....  
Agent chimique concerné : Plomb.....

##### 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 : .....@.....

##### Recueil et transport de l'échantillon

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....  
Date d'envoi au laboratoire : ...../...../.....  
Moment de prélèvement dans la journée :  avant la prise de poste  fin de poste  
Moment de prélèvement dans la semaine :  lundi  milieu de semaine  Fin de semaine  
Douche avant le prélèvement :  OUI  NON Salarié prélevé en tenue de travail :  OUI  NON  
Lieu du prélèvement (laboratoire, entreprise, chantier...) : .....  
Mode de stockage :  Température ambiante  4°C  -18°C.....  
Mode de transport : .....

##### Renseignements individuels

Nom : .....  
Prénom : .....  
Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : ...../...../...../  
Nom et adresse de l'employeur actuel : .....  
Tabagisme :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur (arrêt depuis au moins 1 an)  
Nombre de cigarettes fumées dans les 24 heures avant le prélèvement :  
Alimentation au poste de travail :  OUI  NON Chewing gum au poste de travail ?  OUI  NON  
Nature du poste de travail : .....

Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail ou aux travaux exposant au plomb :

.....

Procédé de travail : .....

### Recherche d'une exposition extra-professionnelle

- Loisirs :**  Chasse / Tir  Pêche  Céramique/poterie émaillée  
 Fabrication de vitraux  Réfection de véhicules anciens  
 Travaux de réfection de bâtiment (ponçage/décapage de peinture, canalisation en plomb, réfection de toitures)

**Mode de vie :**

Lieux d'habitation à proximité d'un site industriel pollué par le plomb  OUI  NON

Onychophagie  OUI  NON

Consommation de produits ayurvédiques  OUI  NON

Utilisation de khôl traditionnel  OUI  NON

**Alimentation :**

Consommation d'eau du robinet issue de canalisations en plomb  OUI  NON

Consommation de mollusques et crustacés plus d'une fois/semaine  OUI  NON

Forte consommation de chocolat  OUI  NON

Conservation des aliments/boissons en particulier acides dans contenants émaillés, en étain ou en cristal  
 OUI  NON

**Acide S-phénylmercapturique urinaire (SPMA) URINAIRE**  
**Fin de poste (Fin de semaine)**

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PROFESSIONNELS (FRMP)

Adaptée du modèle proposé dans le document TM37 de l'INRS

**Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :**

**Type d'analyse à effectuer**

IBE à analyser : Acide S-phénylmercapturique urinaire (SPMA).....

Milieu biologique collecté : Urines

Agent chimique concerné : Benzène (essence).....

**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 : .....@.....

**Recueil et transport de l'échantillon**

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....

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 : .....

**Renseignements individuels**

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Date de naissance : ...../...../...../

Nom et adresse de l'employeur actuel : .....

Nature du poste de travail : .....

Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail : .....

Tabagisme :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur

Nombre de cigarettes fumées dans les 24 heures avant le prélèvement :



Dernière cigarette fumée avant le prélèvement :

Consommation de produits végétaux fumés de nature diverse :  Oui  Non

Exposition non professionnelle au carburant (essence) :

plein automobile: date .....

utilisation de petit(s) matériel(s) à moteur thermique: tondeuse, groupe électrogène, taille-haie...:  
date: ....

utilisation d'essence comme diluant, dégraissant:  
date: ....

participation à des balades à moto en groupe:  
date: ....

### VOLET A REMPLIR PAR L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

#### Activité professionnelle le jour du prélèvement

Description et durée des tâches effectuées : .....

.....  
.....

Produit(s) utilisé(s) (nature chimique ou à défaut nom commercial précis, quantité, durée de manipulation) :

.....  
.....

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, boîte 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 ou référence des gants :  Latex  Nitrile  Vinyle  Néoprène  Manutention

.....

Vêtement de travail :  Oui  Non

Changé ce jour :  Oui  Non

Type : .....

#### Activité professionnelle antérieure au jour de prélèvement

Exposition la veille du prélèvement (ou la semaine avant le prélèvement) :  Oui  Non

Descriptifs des tâches exposantes : .....

Moyens de protection (identiques ou différents du jour de prélèvement) : .....

**Surveillance Biologique de l'Exposition Professionnelle au styrène**  
**Fiche de Renseignements Médicaux et Professionnels (FRMP).**  
Description du jour correspondant au prélèvement urinaire

*Fiche confidentielle destinée au dossier médical. N° Adhérent AHI :*

Renseignements individuels	
<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>
<b>Sexe :</b> <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<b>Date de naissance :</b>
<b>Adresse :</b>	
Tabagisme : <input type="checkbox"/> Fumeur      Nombre de cigarettes fumées depuis le matin : <input type="checkbox"/> Non-Fumeur	
Alimentation au poste de travail : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>Consommation d'alcool pendant la journée de travail :</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Atelier :	
Nature du poste de travail :	
Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail :	
Procédé de travail :	
Prescripteur de la surveillance biologique	
<b>Nom du Médecin du Travail :</b>	
Centre médical :	
Téléphone :	
Identification du Préleveur de l'échantillon	
Nom et qualité du préleveur (Infirmière AHI) :	

Téléphone :

Entreprise du lieu d'exposition

Nom de l'entreprise :

Adresse :

Nom du responsable de l'atelier :

Tel :

Type d'analyse à effectuer

Dosage à réaliser sur l'échantillon : Acide mandélique et phénylglyoxylique urinaire

*Refus du salarié de réaliser le prélèvement :*

Recueil et transport de l'échantillon urinaire

**Date de l'étude de poste et de remplissage de cette FRMP :**

**Date du prélèvement :**

**Heure du prélèvement :**

Moment de prélèvement dans la journée :  Début  Fin de poste

Moment de prélèvement dans la semaine :  Début  Fin de semaine

Activité professionnelle le jour du prélèvement

Description et durée des tâches effectuées et exposantes au styrène et à l'acétone :

Produit(s) utilisé(s) (nature chimique ou à défaut nom commercial précis, quantité, durée de manipulation) : Acétone ?

Horaire de travail :

Horaire de la tâche exposante, début et fin :

Type d'exposition :  Habituelle  Non habituelle  Accidentelle

Moyens de protection collective utilisés le jour du prélèvement

Protection collective :  OUI  NON

Type de protection :  Ventilation naturelle (portes ouvertes...)  
 Cabine, machine capotée, rideau d'eau ou d'air  
 Aspiration à la source  Sorbonne, hotte

Vérification récente de son efficacité ( - d'1 an ) :  OUI  NON

Moyens de protection individuelle utilisés le jour du prélèvement

Port d'un masque respiratoire :  OUI  NON

Etat :  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

Port de gants :  OUI  NON

Etat :  Neuf  Usagé

Type ou référence des gants :  Latex  Nitrile  Vinyle  Néoprène  
 Manutention autre

Etat des mains : bon, propre  moyen, sec, irrité  mauvais, sale, fissuré

Vêtement de travail :  OUI  NON

Changé ce jour :  OUI  NON

Type :

Activité professionnelle antérieure au jour de prélèvement

Exposition la veille du prélèvement (ou la semaine avant le prélèvement) :  OUI  NON

Descriptifs des tâches exposantes (si différentes) :

Moyens de protection (identiques ou différents du jour de prélèvement) :

## STYRENE

### FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET PROFESSIONNELS (FRMP)

Adaptée du modèle proposé dans le document TM37 de l'INRS

#### Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :

##### Type d'analyse à effectuer

IBE à analyser : **Acide mandélique (MA) + acide phénylglyoxilique (PGA)**.....

Milieu biologique collecté : **Urine**.....

Moment : **Fin de poste fin de semaine** (interprétation plus aisée si également début poste début de semaine)

Flacon et stockage : **utiliser un flacon en propylène (de préférence bouchon blanc), réfrigéré (+4°C).**

##### Entreprise du lieu d'exposition

Nom de l'entreprise : .....

N° Adhérent : .....

##### Prescripteur de la surveillance biologique

Nom du Médecin du Travail : .....

##### Identification du Préleveur de l'échantillon

Nom du préleveur : .....

Qualité du préleveur : .....

##### Recueil et transport de l'échantillon

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....

Moment de prélèvement dans la journée :  Début  Fin de poste

Moment de prélèvement dans la semaine :  Début  Fin de semaine

Douche avant le prélèvement :  OUI  NON Salarié prélevé en tenue de travail :  OUI  NON

Lieu du prélèvement (laboratoire, entreprise, chantier...) : .....

Date d'envoi au laboratoire : ...../...../.....

Mode de transport : .....

##### Renseignements individuels

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe :  Féminin  Masculin

Date de naissance : ...../...../...../

Poids : ..... Taille : .....

Tabagisme :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur

Nombre de cigarettes fumées dans les 4 heures avant le prélèvement : .....

Consommation d'alcool le jour du prélèvement :  OUI  NON

Prise de médicaments ?.....

Repérer si prise de Métyrapone®

##### Recherche d'une exposition extra-professionnelle

Utilisation de produits à base de benjoin (Huile essentielle, papier d'Arménie...) : .....

**Activité professionnelle**

Nature du poste : .....  
Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail : .....  
Procédé de travail : .....

**Activité le jour du prélèvement**

**Procédés mis en œuvre par le salarié :**  Pulvérisation de gelcoat  Moulage contact (ouvert)  Projection simultanée  Infusion  Moulage sous vide  BMC (bulk molding compound)  RTM (resin transfer molding)  SMC (sheet molding compound)  Enroulement filamentaire  Retouche (manuelle)

Description et durée des tâches effectuées : .....  
.....  
.....

Produit(s) utilisé(s) (nature chimique ou à défaut nom commercial précis, quantité, durée de manipulation) :  
.....  
.....  
.....

Coexposition aux substances suivantes :  acétone  toluène  xylène  éthylbenzène  phénylglycol  1,3butadiène  acrylonitrile  benzène

Présence de postes mettant en œuvre du styrène à proximité :  oui  non

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

Lavage des mains :  à l'acétone  à l'eau  autre : .....

**Moyens de protection collective utilisés le jour du prélèvement**

Protection collective :  Oui  Non

Type de protection :  Ventilation générale  
 Cabine, machine capotée, rideau d'eau ou d'air  
 Aspiration à la source (table aspirante, dossier aspirant, bras,...)  
 Sorbonne, hotte, boîte à gants

Vérification récente de son efficacité :  Oui  Non

Surveillance Biologique de l'Exposition **au toluène**  
**Fiche de Renseignements Médicaux et Professionnels (FRMP).**  
Description du jour correspondant au prélèvement urinaire

*Fiche confidentielle destinée au dossier médical N° Adhérent AHI :*

<b>Type d'analyse à effectuer</b>	
Dosage à réaliser sur l'échantillon :	<b>Toluène urinaire</b>
Refus du salarié de réaliser le prélèvement :	<input type="checkbox"/>
<b>Entreprise du lieu d'exposition</b>	
Nom de l'entreprise :	
Nom du responsable :	
Adresse :	
Secteur d'activité :	
Code NAF :	
<b>Prescripteur de la surveillance biologique</b>	
Nom du Médecin du Travail :	
Centre médical :	
Téléphone :	
e-mail :	
<b>Identification du Préleveur de l'échantillon</b>	
Nom et qualité du préleveur (Infirmière) :	
Téléphone :	
e-mail :	
<b>Recueil et transport de l'échantillon</b>	
Date de l'étude de poste et de remplissage de cette FRMP :	
Date du prélèvement :	Heure du prélèvement :
Date d'envoi au laboratoire :	
Moment de prélèvement dans la journée :	<input type="checkbox"/> Début <input type="checkbox"/> Fin de poste
Moment de prélèvement dans la semaine :	<input type="checkbox"/> Début <input type="checkbox"/> Fin de semaine
Type de tube :	
Mode de stockage : <input type="checkbox"/> Température ambiante <input type="checkbox"/> 4°C <input type="checkbox"/> -18°C	
<b>Renseignements individuels</b>	
Nom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance :
Adresse :	
Tabagisme : <input type="checkbox"/> Fumeur <u>Nombre de cigarettes fumées depuis le matin :</u>	<input type="checkbox"/>
Non-Fumeur	
Alimentation au poste de travail :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Consommation d'alcool pendant la journée de travail :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON



Exposition extra-professionnelle :

Atelier :

Nature du poste de travail :

Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail :

Procédé de travail :

#### Activité professionnelle le jour du prélèvement

Description et durée des tâches effectuées et exposantes :

Co exposition à d'autres agents chimiques :

Produit(s) utilisé(s) (nature chimique ou à défaut nom commercial précis, quantité, durée de manipulation) :

Horaire de travail :

Horaire de la tâche exposante, début et fin :

Type d'exposition :  Habituelle  Non habituelle  Accidentelle

#### Moyens de protection collective utilisés le jour du prélèvement

Protection collective :  OUI  NON

Type de protection :  Ventilation naturelle (portes ouvertes...)

Cabine, machine capotée, rideau d'eau ou d'air

Aspiration à la source  Sorbonne, hotte

Vérification récente de son efficacité ( - d'1 an) :  OUI  NON

#### Moyens de protection individuelle utilisés le jour du prélèvement

Port d'un masque respiratoire :  OUI  NON

Etat :  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

Port de gants :  OUI  NON

Etat :  Neuf  Usagé

Type ou référence des gants :  Latex  Nitrile  Vinyle

Néoprène

Manutention  autre

Etat des mains : bon, propre  moyen, sec, irrité  mauvais, sale, fissuré

Vêtement de travail :  OUI  NON

Changé ce jour :  OUI  NON

Type :

Activité professionnelle antérieure au jour de prélèvement

Exposition la veille du prélèvement (ou la semaine avant le prélèvement) :  OUI  
 NON

Descriptifs des tâches exposantes :

Moyens de protection (identiques ou différents du jour de prélèvement) :

**Volet à remplir par le médecin ou l'infirmier(e) :**

**Type d'analyse à effectuer**

IBE à analyser : Acides méthylhippuriques.....  
Milieu biologique collecté : Urines.....  
Agent chimique concerné : Xylènes.....

**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 : .....@.....

**Recueil et transport de l'échantillon**

Date du prélèvement : ...../...../..... Heure du prélèvement : .....H.....  
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 : .....

**Renseignements individuels**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Sexe :  Féminin  Masculin Date de naissance : ...../...../...../

Tabagisme :  Fumeur  Non-fumeur  Ex-Fumeur  
Nombre de cigarettes fumées dans les 24 heures avant le prélèvement :

Alimentation au poste de travail :  OUI  NON  
Exposition extra-professionnelle :  
- Médicaments :  phénobarbital  Aspirine > 1gr/jour  
- Consommation de boissons alcoolisées

Nature du poste de travail : .....  
Nombre d'années d'ancienneté au poste de travail : .....  
Procédé de travail : .....

**VOLET A REMPLIR PAR L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE**

**Activité professionnelle le jour du prélèvement**

Description et durée des tâches effectuées : .....

Produit(s) utilisé(s) (nature chimique ou à défaut nom commercial précis, quantité, durée de manipulation) : .....

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, boîte 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 ou référence des gants :  Latex  Nitrile  Vinyle  Néoprène  Manutention  
 .....

**Vêtement de travail** :  Oui  Non Changé ce jour :  Oui  Non

Type : .....

**Activité professionnelle antérieure au jour de prélèvement**

Exposition la veille du prélèvement (ou la semaine avant le prélèvement) :  Oui  Non

Type d'exposition :  Habituelle  Non habituelle  Accidentelle

Descriptifs des tâches exposantes : .....

Moyens de protection (identiques ou différents du jour de prélèvement) : .....