

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	
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 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	
Date du prélèvement :	
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 précédent le prélèvement : Oui Non

Utilisation d'encens dans les 24 heures précédent 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 tâcheH..... Fin de tâcheH.....

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^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} ou 5^{ème} 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 tâcheH.....Fin de tâcheH.....

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

Surveillance Biologique de l'Exposition Professionnelle au **chrome**
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 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 :	Isoflurane urinaire
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 diphénylméthane)

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 tâcheH.....Fin de tâcheH.....

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 tâcheH.....Fin de tâcheH.....

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 tâcheH.....Fin de tâcheH.....

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 :

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	
Nom :	Prénom :
Sexe : <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance :
Adresse :	
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	
Consommation d'alcool pendant la journée de travail : <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	
Nom du Médecin du Travail :	
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 tâcheH..... Fin de tâcheH.....

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 :

Type d'analyse à effectuer	
Dosage à réaliser sur l'échantillon :	Toluène urinaire
Refus du salarié de réaliser le prélèvement :	<input type="checkbox"/>
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 :	
Centre médical :	
Téléphone :	
e-mail :	
Identification du Préleveur de l'échantillon	
Nom et qualité du préleveur (Infirmière) :	
Téléphone :	
e-mail :	
Recueil et transport de l'échantillon	
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	
Renseignements individuels	
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 tâcheH..... Fin de tâcheH.....

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) :