

Questionnaire d'évaluation d'exposition professionnelles aux Agents Chimiques Dangereux et aux C.M.R.(agents Cancérigène, Mutagènes, toxique.pour la Reproduction)

Nom _____ Date: _____

Prénom _____ Date de naissance : _____

Matricule Renault : _____

Date 1er contrat : _____ date de fin de contrat (éventuel) _____

Liste des ateliers ou services dans lesquels vous avez travaillé (périodes, avec quel coefficient, à quel type d'opération)

Ateliers Services	Périodes	Coefficients	Type d'opérations

Avez vous effectué les activités suivantes. Pour chaque question préciser la période (début de l'exposition et la fin de celle-ci) la fréquence de l'exposition (x fois/mois ou x fois/semaine ou x fois ou x/heures jour), le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments, ex : TR22 aux carters moteur F Bat. F, four au 4155 culasse F8)

Amiante

Remplacement d'embrayages de machines outils oui non, Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois Semaine / Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Remplacement de plaquettes de frein de machines outils oui non, Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois Semaine/ Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Remplacement de tresse d'isolation de conduite de vapeur oui non, Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois Semaine/ Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Remplacement de frictions de convoyeurs oui non, Si oui pendant quelle période, Début
(année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois Semaine/ Mois ou Heures par jour/par
Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Remplacement de frictions de machines outils oui non, Si oui pendant quelle période, Début
(année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois Semaine/ Mois ou Heures par jour/par
Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Utilisation de plaque par-feu lors des travaux de soudage oui non, Si oui pendant quelle période, Début
(année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois Semaine/ Mois ou Heures par jour/par
Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Stockage, manutention, transport de matériaux à base d'amiante friable (tresse, plaques, cartons, tissus
d'amiante, joints de culasse, disques d'embrayage oui non, Si oui pendant quelle période, Début
(année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois Semaine/ Mois ou Heures par jour/par
Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Travaux avec intervention sur des éléments contenant de l'amiante : gaine de chauffage, calorifugeage,
démontage ou usinage de joints par grattage, ponçage, brossage, découpe
oui non, Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence
____ fois Semaine/ Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers,
bâtiments)

Utilisation de couvertures ou d'équipements de protections individuels en amiante oui non, Si oui
pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois Semaine/
Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Montage de joints de culasse moteur thermique oui non, Si oui pendant quelle période, Début
(année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois Semaine/ Mois ou Heures par jour/par
Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Montage de mécanismes d'embrayage moteur thermique oui non, Si oui pendant quelle période, Début
(année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois Semaine/ Mois ou Heures par jour/par
Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Poussières de fonte

Avez-vous travaillé sur des machines outils usinant de la fonte avec une émission de poussières de celles-ci ou
avez-vous travaillé à proximité de telles machines oui non
Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois
Semaine / Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Vapeurs ou aérosols d'huile minérale de lubrification.

Avez-vous travaillé sur des machines outils avec une émission de vapeurs ou d'aérosols d'huile minérale de
lubrification par pulvérisation (ex : les machines transferts qui avait des brouillards d'huile au dessus des têtes
d'usinage) ou avez-vous travaillés à proximité de telles machines

oui non

Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois
Semaine/ Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Vapeurs ou aérosols d'huile hydrosoluble d'usinage.

Avez-vous travaillé sur des machines outils utilisant de l'huile hydrosoluble (appelée aussi huile soluble ou aussi LU3) comme lubrifiant d'usinage avec une émission de vapeurs ou d'aérosols d'huile hydrosoluble d'usinage ou avez-vous travaillés à proximité de telles machines oui non

Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois
Semaine/ Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Pétrole.

Avez-vous travaillé sur des machines outils utilisant du pétrole comme lubrifiant pour l'usinage ou avez-vous travaillés à proximité de telles machines oui non

Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois
Semaine/ Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Machine de super finition par pierrage ou par toilage.

Avez-vous travaillé sur des machines outils utilisant du « KO1 ou du KO2 comme lubrifiant pour l'usinage ou avez-vous travaillé à proximité de telles machines oui non

Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois
Semaine/ Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Machine de rectification.

Avez-vous travaillé sur des machines outils de rectification utilisant un lubrifiant d'usinage avec une émission de vapeurs ou d'aérosols ou avez-vous travaillé à proximité de telles machines

oui non

Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois
Semaine/ Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Si ces machines n'étaient pas équipées d'un dispositif d'aspiration, pendant qu'elle période avez vous travaillé sur des installations de ce type . Début (année) : _____ Fin (année) _____, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Que ressentiez-vous lorsque vous travaillez ou que vous étiez à proximité de ces machines :

Connaissez vous le nom du lubrifiant :

Terres diatomées.

Avez vous travaillé sur des installations utilisant des terres diatomées pour la filtration de fluide d'usinage ou avez-vous travaillé à proximité de telles machines oui non
Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois
Semaine/ Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Benzène , Trichloréthylène, Essence.

Avez-vous utilisé ou utilisez-vous un solvant contenant du benzène (trichloréthylène, essence automobile...)
oui non
Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois
Semaine/ Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Connaissez vous le nom des produits _____

Fours et machines de frettage:

Avez-vous travaillé sur des fours et ou des machines de frettage à chaud avec une émission de vapeurs d'huile ou de produit de protection des pièces ou avez-vous travaillé à proximité de telles machines oui non
Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois
Semaine/ Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Si ces machines n'étaient pas équipées d'un dispositif d'aspiration, pendant qu'elle période avez vous travaillé sur des installations de ce type . Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence 1 fois Semaine
Mois/ _____ ou Heures par jour/par Semaine _____ h

Produits d'assemblage :

Avez-vous utilisé ou utilisez-vous des produits d'assemblage ou d'étanchéité « frein filet, oléoétanche, bloc presse... » (de marque Loctite pour exemple) oui non
Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois
Semaine/ Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Allergies :

Avez vous été soigné pour une ou plusieurs allergies si oui :
Êtes vous suivi pour une maladie ou une affection professionnelles si oui
lesquels _____
quel(s) allergène(s) _____
Cause(s) connue(s) de la maladie _____
Si oui pendant quelle(s) période(s)
Début (année) : _____ Fin (année) _____
Début (année) : _____ Fin (année) _____
Début (année) : _____ Fin (année) _____
Début (année) : _____ Fin (année) _____

Chariot élévateur à moteur diesel.

Avez vous travaillé ou séjourné dans des ateliers à l'intérieur desquels circulaient des chariots élévateurs à moteur diésel (Clarck). Si oui pendant quelle période, Début (année) : _____ Fin (année) _____ Fréquence ____ fois Semaine/ Mois ou Heures par jour/par Semaine _____ h, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Pollution de l'air des ateliers.

Pouvez vous décrire quel était l'air des ateliers, si il été pollué oui non, présence de brouillard d'huile oui non, humidité oui non, présence d'aérosols irritants oui non.
Votre appréciation en quelque lignes :

Pollution de l'air des galeries techniques.

Pouvez vous décrire quel était l'air des galeries techniques, si il été pollué oui non, présence de brouillard d'huile oui non, humidité oui non, présence d'aérosols irritants oui non.
Votre appréciation en quelque lignes :

Aspirations sur les installations.

Généralement les installations étaient elles équipées de dispositifs d'aspiration des vapeurs et des aérosols efficaces , Oui Non. Début du constat (année) _____, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)

Si non y-a-t-il eu selon vous des progrès sensibles

Date (année) : _____, le lieu (machines, installations, ateliers, bâtiments)
