|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Fiche récapitulative de l’exposition à certains facteurs de risques professionnels**  Visite de fin de carrière  *(art. L. 4624-2-1 et D. 4624-28-1 et suivants du Code du travail)* | **ENTREPRISE :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.  Médecin référent : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Salarie(e)**

**Nom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. **Prénom :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de naissance :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**Numéro de sécurité sociale :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Date de la visite**

**Date :** Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.

**RECAPITULATIF DES DIFFERENTS EMPLOIS occupés (secteur privé et secteur public), du plus ancien au plus récent, y compris période d’apprentissage :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PERIODE** | **ENTREPRISE (avec le numéro de département)** | **SECTEUR D’ACTIVITE** | **POSTE OU METIER** | **TYPE DE CONTRAT** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**RECAPITULATIF DES EXPOSITIONS FACTEURS DE RISQUES PROFESSIONNELS cités à l’article L. 4161-1 du code du travail**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Risques professionnels** | **Dépassement des seuils retenus par l’Article D. 4161-1 Du code du travail ? : Oui / Non / impossible à établir** | **Poste occupé** | **Durée d’exposition** | **Source de l’information** | | | |
| **Déclaré par le salarié** | **Déclaré par l’employeur** | **Constaté par le SST** | **Connu dans la littérature** |
| Manutention manuelle de charges |  |  |  |  |  |  |  |
| Postures pénibles |  |  |  |  |  |  |  |
| Vibrations mécaniques |  |  |  |  |  |  |  |
| Agents chimiques dangereux |  |  |  |  |  |  |  |
| Activité en milieu hyperbare |  |  |  |  |  |  |  |
| Températures extrêmes |  |  |  |  |  |  |  |
| Bruit |  |  |  |  |  |  |  |
| Travail de nuit |  |  |  |  |  |  |  |
| Travail en équipe successives alternantes |  |  |  |  |  |  |  |
| Travail répétitif |  |  |  |  |  |  |  |

**COMPLEMENT D’INFORMATIONS RELATIFS A D’AUTRES FACTEURS D’EXPOSITIONS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Agent** | **Durée d’exposition** | **Source de l’information** | | | | **Recommandations actuelles** | **Commentaires** |
| **Déclaré par le salarié** | **Déclaré par l’employeur** | **Avérée, résultats et mesures / constaté par le SPST** | **Sources bibliographiques** |
| Amiante |  |  |  |  |  | HAS DATE |  |
| Amines aromatiques |  |  |  |  |  |  |  |
| Arsenic et dérivés |  |  |  |  |  |  |  |
| Bis-chorométhyléther |  |  |  |  |  |  |  |
| Benzène |  |  |  |  |  |  |  |
| Chlorure de vinyle monomère |  |  |  |  |  |  |  |
| Chrome |  |  |  |  |  |  |  |
| Huiles minérales dérivées du pétrole |  |  |  |  |  |  |  |
| Oxydes de fer |  |  |  |  |  |  |  |
| Nickel |  |  |  |  |  |  |  |
| Nitrosoguanidine |  |  |  |  |  |  |  |
| Poussières de bois |  |  |  |  |  |  |  |
| Cadmium |  |  |  |  |  |  |  |
| Cobalt et carbure de tungstène |  |  |  |  |  |  |  |
| Formaldéhyde |  |  |  |  |  |  |  |
| Silice |  |  |  |  |  |  |  |
| Médicaments anticancéreux |  |  |  |  |  |  |  |
| Fumées de soudage |  |  |  |  |  |  |  |
| Fumées de diésel |  |  |  |  |  |  |  |
| Plomb |  |  |  |  |  |  |  |
| Radiations ionisantes |  |  |  |  |  |  |  |
| Autres : préciser |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **DATE** :Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  **NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN DU TRAVAIL OU DU COLLABORATEUR MEDECIN**  Dr |