

DZIENNA TABELA KONTROLNA

Kontakt w nagłych wypadkach

Data:

+48 914 723 419 Ochrona

Nazwa prac:		Prace pożarowo niebezpieczne:		Nr pozwolenia na prace pożarowo niebezpieczne			
Miejsce prac:		Nie	Tak				
Nazwa firmy		Osoba reprezentująca firmę					
Osoba nadzorująca prace z BSST.	Imię i Nazwisko:	Mistrz obszaru:	Imię i Nazwisko:	Przed pracą			
	Nr telefonu:			Po pracy			
Punkty do sprawdzenia:				Osoba nadzorująca z BSST			
				Mistrz PD <small>(gdy prace wykonywane są na produkcji)</small>			
				Osoba nadzorująca z BSST lub zastępca (w przypadku nieobecności osoby nadzorującej - mistrz PD lub technik UR)			
				NG/OK/ND			
				NG/OK/ND			
				NG/OK/ND			
BEZPIECZENSTWO / SAFETY	1	Czy obszar wykonywania prac został wyznaczony i oznakowany (taśma ostrzegawcza, pacholki)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2	Czy pracownicy używają kasków lub czapek ochronnych w zależności od wykonywanych prac?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3	Czy pracownicy używają obuwia ochronnego, odzieży roboczej i kamizelek ostrzegawczych?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	W przypadku prac na wysokości powyżej 2 metrów pracownicy są wyposażeni w: - kaski z paskiem podbródkowym - szelki i linki bezpieczeństwa przymocowane do stałego punktu konstrukcyjnego - używają podnośników lub rusztowań			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5	Jeśli podczas prac stosowane są substancje chemiczne, czy pracownicy stosują wymagane środki ochrony indywidualnej?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6	Czy osoba nadzorująca prace z BSST wykonała wraz z pracownikami ocenę ryzyka przed rozpoczęciem prac według wzoru na odwrocie?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7	Czy materiały i narzędzia nie blokują wyjść ewakuacyjnych i urządzeń ppoż.?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8	Czy zakończono sprzątnięcie (usunięcie brudu, wyczyszczenie podłogi itp)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9	Czy odpady wytworzone podczas prowadzonych prac są magazynowane w przeznaczonych do tego pojemnikach, które są odpowiednio oznakowane?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PODPISY	Czytelne podpisy osób sprawdzających:						
	Godzina:						
	Okresowa kontrola BHP (czytelny podpis):						
	Godzina:						
KOORDYNATOR	Czy został wyznaczony koordynator (lider prac)	Koordynatora wyznacza się wówczas, gdy pracownicy różnych pracodawców (np. BSST + FIRMA ZEWNĘTRZNA lub dwie firmy zewnętrzne) wykonują pracę w tym samym czasie (jednocześnie) i miejscu. Musi on przebywać cały czas w miejscu prowadzonych prac, posiadać wiedzę o specyfice danego zakładu (miejsca wykonywania prac), występujących zagrożeniach oraz wymaganych warunkach bezpieczeństwa.			Imię i Nazwisko koordynatora	Podpis koordynatora	
OCHRONA SECURITY	Firma zewnętrzna przed opuszczeniem terenu zakładu powinna otrzymać komplet podpisów od osób odpowiedzialnych za nadzór nad pracą (osoba z działu odpowiedzialnego, mistrz produkcji) i zdać kartę ochronie. Bez podpisu osoby nadzorującej z BSST lub zastępcy dotyczącego sprawdzenia pozycji 7,8,9 firma nie może opuścić zakładu			Data	Godzina otrzymania karty	Podpis pracownika ochrony	
				/ /	:		

Nazwisko/Firma		Data	
Zadanie			
Zatrzymaj się! Praca nierutynowa?		Jakie środki ochrony indywidualnej są niezbędne?	Tak
Jakie są wymagania BHP?		Odzież ochronna	<input type="radio"/>
Czy zezwolenie na pracę jest potrzebne?		Okulary ochronne	<input type="radio"/>
Pomyśl		Ochrona twarzy	<input type="radio"/>
Jakie zagrożenia występują?		Ochrona dłoni	<input type="radio"/>
	Tak	Ochronniki słuchu	<input type="radio"/>
Poślizgnięcia, potknięcia, upadki	<input type="radio"/>	Ochrona dróg oddechowych	<input type="radio"/>
Praca na wysokości/spadające przedmioty	<input type="radio"/>	Kask / czapka wzmocniona	<input type="radio"/>
Pożar lub wybuch	<input type="radio"/>	Obuwie ochronne	<input type="radio"/>
Energia resztkowa <small>(prąd, ciśnienie, elementy ruchome)</small>	<input type="radio"/>	Zabezpieczenie przed upadkiem	<input type="radio"/>
Zagrożenie zmiążdżeniem	<input type="radio"/>	Dodatkowe środki ostrożności	Tak
Ostre rogi lub krawędzie	<input type="radio"/>	Wygrodzenie strefy	<input type="radio"/>
Gorące powierzchnie	<input type="radio"/>	Wymagane zezwolenie na pracę	<input type="radio"/>
Niebezpieczne narzędzia	<input type="radio"/>	LOTO	<input type="radio"/>
Zagrożenia chemiczne	<input type="radio"/>	Wyznaczenie lidera (praca w grupie)	<input type="radio"/>
Ręczne prace transportowe	<input type="radio"/>	Wsparcie dodatkowych osób	<input type="radio"/>
Ruch wózków	<input type="radio"/>	Działaj	
		<ul style="list-style-type: none"> • Stosuj się do przepisów BHP • Stosuj środki ochrony indywidualnej • Dokonaj ponownej oceny, jeżeli sytuacja zmieni się 	
Uwagi/działania			