

Date de mise à jour :

## FICHE D'ÉVALUATION INDIVIDUELLE DES RISQUES PROFESSIONNELS

*Évaluation prévisionnelle de la dose reçue sur les 12 mois consécutifs à venir (Code du travail art R 4451-52 à 55)  
Évaluation des risques professionnels (art. R 4451-13 à 17)*

Nom patronymique..... Nom d'usage : .....

Prénom : ..... Date de naissance .....  H  F

Unité : ..... Entreprise ou établissement : .....

Nature du contrat de travail :  CDI  Apprenti  CDD  Intérim  Autres (préciser) :

<p><b>POSTE DE TRAVAIL OU EMPLOI(S) :</b></p>  <p><b>PERSONNEL EXPOSÉ AUX RAYONNEMENTS IONISANTS :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Catégorie A</p> <p><input type="checkbox"/> Catégorie B</p> <p><input type="checkbox"/> Non classé</p> <p><b>AUTRES SUIVIS INDIVIDUELS RENFORCÉS (SIR) :</b></p>	<p><b>LIEUX DE TRAVAIL OU D'INTERVENTION :</b></p> <p><b>Centrales nucléaires de production d'électricité</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bâtiment réacteur</p> <p><input type="checkbox"/> Bâtiment combustible</p> <p><input type="checkbox"/> Salle des machines</p> <p><input type="checkbox"/> Autres lieux</p> <p><b>Autres installations nucléaires de base (INB)</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><b>Autres (préciser)</b></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**NATURE DU TRAVAIL EFFECTUÉ** (description détaillée des activités) :

**Code de fréquence**

0 : Pas d'exposition	1 : qq heures / an	2 : qq heures / mois	3 : qq heures / semaine	4 : qq heures / jour
----------------------	--------------------	----------------------	-------------------------	----------------------

<p><b>1. EXPOSITION AUX RAYONNEMENTS IONISANTS</b></p> <p><b>1.1. Caractéristiques des sources émettrices</b></p> <p><b>Générateurs, accélérateurs</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Générateur de rayons X</li> <li><input type="checkbox"/> Accélérateurs de particules</li> <li><input type="checkbox"/> Autres (préciser dans « observations diverses »)</li> </ul> <p><b>Sources scellées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Cobalt 60</li> <li><input type="checkbox"/> Iridium 192</li> <li><input type="checkbox"/> Sélénium 75</li> <li><input type="checkbox"/> Autres (préciser dans « observations diverses »)</li> </ul> <p><b>Sources non scellées</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Actinides                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Uranium (naturel, retraitement, enrichi ...)</li> <li><input type="checkbox"/> Plutonium (retraitement ...)</li> <li><input type="checkbox"/> Autres actinides : <sup>241</sup>Am ...</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Produits de fission : <sup>137</sup>Cs, <sup>131</sup>I ...</li> <li><input type="checkbox"/> Produits d'activation : <sup>58</sup>Co, <sup>60</sup>Co ...</li> <li><input type="checkbox"/> Tritium <sup>3</sup>H</li> <li><input type="checkbox"/> Autres (préciser dans « observations diverses »)</li> </ul> <p><b>1.2 Nature des rayonnements ionisants</b></p> <p><b>Exposition externe</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Rayons X</li> <li><input type="checkbox"/> Rayonnements bêta (β)</li> <li><input type="checkbox"/> Rayonnements gamma (γ)</li> <li><input type="checkbox"/> Rayonnements neutron (n)                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Lents</li> <li><input type="checkbox"/> Rapides</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Risque de criticité (neutrons rapides E = 1-2 MeV)</li> </ul> <p><b>Exposition interne</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Radioéléments émetteurs alpha (α)</li> <li><input type="checkbox"/> Radioéléments émetteurs bêta purs (β) (Tritium)</li> <li><input type="checkbox"/> Radioéléments émetteurs bêta-gamma (β-γ)</li> </ul> <p><b>1.3. Evaluation prévisionnelle de la dose reçue sur les 12 mois consécutifs à venir</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Dose efficace (corps entier) :</li> <li><input type="checkbox"/> Dose équivalente pour les extrémités :</li> <li><input type="checkbox"/> Dose équivalente à la peau :</li> <li><input type="checkbox"/> Dose équivalente au cristallin :</li> <li><input type="checkbox"/> Dose efficace exclusivement liée au radon :</li> </ul> <p><b>1.4. Situation d'urgence radiologique (SUR)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Groupe 1 (&gt; 20 mSv)</li> <li><input type="checkbox"/> Groupe 2 (1-20 mSv)</li> </ul>	<p><b>2. EXPOSITION A DES AGENTS CHIMIQUES DANGEREUX</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Acide fluorhydrique</li> <li><input type="checkbox"/> Acide nitrique</li> <li><input type="checkbox"/> Autres acides (préciser) :</li> <li><input type="checkbox"/> Ammoniaque</li> <li><input type="checkbox"/> Hydroxyde de soude</li> <li><input type="checkbox"/> Autres bases (préciser) :</li> <li><input type="checkbox"/> Fluide de coupe : huiles entières</li> <li><input type="checkbox"/> Fluide de coupe : fluides aqueux</li> <li><input type="checkbox"/> Graisses minérales</li> <li><input type="checkbox"/> Solvants pétroliers</li> <li><input type="checkbox"/> Autres solvants : acétone, acide isopropylique, détergents</li> <li><input type="checkbox"/> Ethers de glycol non classés CMR</li> <li><input type="checkbox"/> Résines epoxy, polyuréthanes</li> <li><input type="checkbox"/> Peintures : acrylique, aqueuse, glycéro ...</li> <li><input type="checkbox"/> Autres (préciser dans « observations diverses »)</li> </ul> <p><b>3. EXPOSITION A DES AGENTS CLASSÉS CMR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Acide borique</li> <li><input type="checkbox"/> Acide chromique, chromates, bichromates alcalins</li> <li><input type="checkbox"/> Aldéhyde formique</li> <li><input type="checkbox"/> Benzène</li> <li><input type="checkbox"/> Béryllium</li> <li><input type="checkbox"/> Carburants diesel</li> <li><input type="checkbox"/> Chrome hexavalent fumées de soudage inox</li> <li><input type="checkbox"/> Ethers de glycol classés CMR</li> <li><input type="checkbox"/> Fibres céramiques réfractaires</li> <li><input type="checkbox"/> Fyrquel®</li> <li><input type="checkbox"/> Huiles minérales renfermant des HPA</li> <li><input type="checkbox"/> Hydrazine</li> <li><input type="checkbox"/> Oxydes et sels de nickel</li> <li><input type="checkbox"/> Plomb</li> <li><input type="checkbox"/> Silice</li> <li><input type="checkbox"/> Autres CMR (préciser) :</li> </ul> <p><b>4. EXPOSITION AUX RAYONNEMENTS NON IONISANTS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ultraviolets A et B</li> <li><input type="checkbox"/> Infrarouges</li> </ul> <p><b>Lasers</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Classe 1 et 2</li> <li><input type="checkbox"/> Classe 3R</li> <li><input type="checkbox"/> Classe 3B</li> <li><input type="checkbox"/> Classe 4</li> </ul> <p><b>Champs électromagnétiques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Champs magnétiques statiques</li> <li><input type="checkbox"/> Extrêmement basse fréquence (ELF)</li> <li><input type="checkbox"/> Radiofréquences</li> <li><input type="checkbox"/> Hyperfréquences</li> </ul>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Code de fréquence**

<b>0 : Pas d'exposition</b>	<b>1 : qq heures / an</b>	<b>2 : qq heures / mois</b>	<b>3 : qq heures / semaine</b>	<b>4 : qq heures / jour</b>
-----------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------

<p><b>5. EXPOSITION A L'AMIANTE</b>                  Pour chaque exposition, établir une fiche d'exposition amiante                  (Code du travail art R. 4412-120)</p> <p><input type="checkbox"/> Nature des travaux :</p> <p><input type="checkbox"/> Durée de l'exposition :</p> <p><input type="checkbox"/> Concentration en fibres par cm<sup>3</sup> :</p> <p><input type="checkbox"/> Moyens de protection (préciser)</p>	<p><b>8. EXPOSITION A DES RISQUES BIOLOGIQUES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Légionnelles</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (préciser) :</p>
<p><b>6. ÉQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE</b></p> <p><b>Domaine nucléaire</b> (en plus de la tenue universelle)</p> <p><input type="checkbox"/> Tenue non étanche</p> <p><input type="checkbox"/> Tenue étanche non ventilée (TENV)</p> <p><input type="checkbox"/> Tenue étanche ventilée (TEV)</p> <p><input type="checkbox"/> Heaume ventilé</p> <p><input type="checkbox"/> Appareil respiratoire isolant (ARI)</p> <p><input type="checkbox"/> Scaphandre</p> <p><input type="checkbox"/> Tablier de plomb</p> <p><input type="checkbox"/> Gants au plomb</p> <p><input type="checkbox"/> Lunettes avec verres plombés</p> <p><input type="checkbox"/> Autres protections domaine nucléaire :</p> <p><b>Domaine général</b></p> <p><input type="checkbox"/> Protections anti-bruit</p> <p><input type="checkbox"/> Lunettes de sécurité, pare-visage</p> <p><input type="checkbox"/> Masque à cartouche filtrante</p> <p><input type="checkbox"/> Masque filtrant poussières / aérosols (FFP2 FFP3)</p> <p><input type="checkbox"/> Gants :</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Manutention</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Vinyle , Nitrile</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Latex</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Autres (préciser)</p> <p><input type="checkbox"/> Harnais de sécurité</p> <p><input type="checkbox"/> Chaussures de sécurité</p> <p><input type="checkbox"/> Surchaussures ou surbottes</p> <p><input type="checkbox"/> Tenue de soudeur</p> <p><input type="checkbox"/> Masque, cagoule de soudage</p> <p><input type="checkbox"/> Equipement de plongeur</p> <p><input type="checkbox"/> Tenue de protection contre le risque chimique (préciser) :</p> <p><input type="checkbox"/> Autres protections :</p>	<p><b>9. RISQUES, CONTRAINTES ET NUISANCES</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Bruit</b> :</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 8h ≥ 80 dB (A)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Pression de crête ≥ 135 dB (C)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Risque électrique</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Vibrations</b> (engins, machines et outils vibrants) :</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Transmission aux mains et/ou aux bras</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Transmission à l'ensemble du corps</p> <p><input type="checkbox"/> Travail en milieu hyperbare</p> <p><input type="checkbox"/> Travaux en ambiance thermique chaude</p> <p><input type="checkbox"/> Travaux en ambiance thermique froide</p> <p><input type="checkbox"/> Travaux aux intempéries</p> <p><input type="checkbox"/> Travaux en espace clos ou en capacité</p> <p><input type="checkbox"/> Exposition aux poussières de meulage</p> <p><input type="checkbox"/> Exposition aux fumées et gaz de soudage</p> <p><input type="checkbox"/> Exposition aux fibres minérales artificielles du type laine de verre, laine de roche</p> <p><input type="checkbox"/> Risque d'anoxie (azote, argon ...)</p> <p><input type="checkbox"/> Nanoparticules</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Port de charge</b> :</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> occasionnel de ..... à ..... kg</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> répétitif de ..... à ..... kg sur une distance de ..... mètres ..... fois par minute ou heure et au total ..... heures par mois</p> <p><input type="checkbox"/> Contraintes posturales et articulaires</p> <p><input type="checkbox"/> Travail en hauteur, risques de chute</p> <p><input type="checkbox"/> Travail en boîte à gant</p> <p><input type="checkbox"/> Travail en cellule avec télémanipulateur</p> <p><input type="checkbox"/> Travail sous hottes</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Contraintes visuelles</b> :</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Contrôle non destructif</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Caméra-vidéo</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Appareil optique (microscope, jumelles)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Travail sur écran sup à 6 h /jour</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Autres risques, contraintes et nuisances</b> (préciser) :</p>
<p><b>7. AFFECTATION À UN POSTE DE SÉCURITÉ</b></p> <p><input type="checkbox"/> Conduite de poutres roulantes</p> <p><input type="checkbox"/> Conduite de ponts roulants :</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Au sol</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> En cabine</p> <p><input type="checkbox"/> Conduite de nacelles élévatrices</p> <p><input type="checkbox"/> Conduite de chariots automoteurs de manutention</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (préciser dans « observations diverses »)</p>	

**Code de fréquence**

<b>0 : Pas d'exposition</b>	<b>1 : qq heures / an</b>	<b>2 : qq heures / mois</b>	<b>3 : qq heures / semaine</b>	<b>4 : qq heures / jour</b>
-----------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------

<p><b>10. CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Astreintes, travail le week-end</li> <li><input type="checkbox"/> Heures supplémentaires</li> <li><input type="checkbox"/> Travail posté (2x8, 3x8 ...), continu ou semi-continu</li> <li><input type="checkbox"/> Travail de nuit</li> <li><input type="checkbox"/> Délais de prévenance courts</li> <li><input type="checkbox"/> Variations saisonnières de la charge de travail</li> <li><input type="checkbox"/> Activités différentes d'une mission à une autre</li> <li><input type="checkbox"/> Travail physiquement isolé</li> <li><input type="checkbox"/> Co-activités</li> <li><input type="checkbox"/> Déplacements régionaux et/ou nationaux</li> <li><input type="checkbox"/> Déplacements internationaux</li> <li><input type="checkbox"/> Eloignement familial</li> </ul>	<p><b>11. RESPONSABILITÉS DANS LE TRAVAIL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Activités pouvant entraîner des conséquences graves pour l'entreprise</li> <li><input type="checkbox"/> Activités pouvant entraîner des conséquences pour le public et/ou l'environnement</li> <li><input type="checkbox"/> Responsable d'interventions</li> <li><input type="checkbox"/> Chargé de travaux</li> <li><input type="checkbox"/> Participation aux secours aux victimes</li> <li><input type="checkbox"/> Participation aux secours incendie</li> <li><input type="checkbox"/> Autres tâches à responsabilité</li> </ul>
	<p><b>12. RISQUES PSYCHOSOCIAUX</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Préciser dans « observations diverses »</li> </ul>

**OBSERVATIONS DIVERSES**

Salarié	Employeur ou par délégation le responsable hiérarchique	Conseiller en radioprotection
NOM, Prénom : .....	NOM, Prénom : .....	NOM, Prénom : .....
Date : .....	Date : .....	Date : .....
Visa :	Signature :	Signature :

**Code de fréquence**

<b>0 : Pas d'exposition</b>	<b>1 : qq heures / an</b>	<b>2 : qq heures / mois</b>	<b>3 : qq heures / semaine</b>	<b>4 : qq heures / jour</b>
-----------------------------	---------------------------	-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------