**FICHE INDIVIDUELLE D’EXPOSITION AUX RAYONNEMENTS OPTIQUES ARTIFICIELS – LASER**

|  |  |
| --- | --- |
| **Délégation Régionale :**  | **Année** |
| Structure :  |  | Matricule :  | Date de naissance : jj/mm/aaaa |
| Nom :  | Prénom :  | Fonction / Activités :       |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Locaux fréquentés** | **Installations présentes** | **Laser**  | **EPI** | **Exposition** | **Commentaires** |
| **Classe** | **Longueur d’onde** | **Mode d’émission** | **Puissance** | **Durée d’exposition / installation** | **Fréquence d’exposition** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Fait à      , le jj/mm/aaaa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le Directeur d’unité pour validation | L’Agent | Pour le Président Directeur Général de l’Inserm,Le Délégué Régional |

**FICHE INDIVIDUELLE D’EXPOSITION ACCIDENTELLE AUX RAYONNEMENTS OPTIQUES ARTIFICIELS – LASER**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :  | Prénom :  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Expositions accidentelles :** | Il s’agit d’événements imprévus (incidents voire accidents) concernant :* le manipulateur,
* l’environnement de travail pouvant conduire à l’exposition d’une ou plusieurs personnes.

Ex : rupture de confinement, renversement, dysfonctionnement du système de ventilation collective ou de la sorbonne, projections, etc. |

***Remarque :*** *le fait de renseigner cette fiche sur les expositions accidentelles* ***ne dispense pas de l’inscription obligatoire dans le registre santé et sécurité au travail.***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Installation** | **Classe de laser** | **Longueur d’onde** | **Mode d’émission** | **Puissance** | **Description succincte de l'accident** | **Port des EPI** | **Estimation de la durée de l'exposition** |
|  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Fait à      , le jj/mm/aaaa

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Le Directeur d’unité pour validation | L’Agent | Pour le Président Directeur Général de l’Inserm,Le Délégué Régional |